



**Spanish**

# **Declaración amistosa de accidente**

## **Instrucciones**

### **Primera página de declaración de accidentes**



Ingresa sus datos en una columna, si otra parte está involucrada en el accidente, ingresa sus datos en la otra columna. Si no está de acuerdo con la otra parte, mencione esto en la sección "Mis comentarios". Ambos firman esta página y la envían a su compañía de seguros.

### **Primera página de declaración**

Complete esta página lo antes posible. Firme esta página en la parte inferior y envíela a su compañía de seguros.



### **Segunda página de declaración de accidentes**

Si otra parte está involucrada en el accidente, usted y la otra parte deben ingresar los mismos detalles que en la primera página. Ambos firman esta página y la otra parte la envía a su seguro empresa.



### **Segunda página de declaración**

La otra parte debe completar esta página lo antes posible. Firme esta página en la parte inferior y la envían a su compañía de seguros.



# DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

<b>1 Fecha del Accidente</b>	<b>Hora</b>	<b>2 Localización</b>	<b>3 Víctima(s) incluso leve(s)</b>
		Lugar..... País.....	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

**4 Daños materiales**  
 Vehículos distintos de A y B  objetos distintos al vehículo   
 no  si  no  si

**5 Testigos: nombre, dirección, tel.**.....  
 .....

## Vehículo A

**6 Asegurado** (véase póliza de seguro)  
 NOMBRE:.....  
 Apellidos:.....  
 Dirección:.....  
 Código Postal:.....País:.....  
 Tel. o E-mail:.....

**7 Vehículo**

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo.....	
Matrícula (o bastidor).....	Matrícula (o bastidor).....
País de matrícula.....	País de matrícula.....

**8 Aseguradora** (véase póliza de seguro)  
 NOMBRE:.....  
 N.º de póliza:.....  
 N.º de Carta Verde:.....  
 Certificado:  
 o Carta Verde válida desde.....hasta.....  
 Agencia (oficina o corredor).....  
 Nombre:.....  
 Dirección:.....  
 País:.....  
 Tel. o E-mail:.....  
 ¿Los daños propios del vehículo están asegurados?  
 no  si

**9 Conductor** (ver permiso de conducir)  
 NOMBRE:.....  
 Apellidos:.....  
 Fecha de nacimiento:.....  
 Dirección:.....  
 País:.....  
 Tel. o E-mail:.....  
 Permiso de conducir n.º:.....  
 Categoría (A, B,.....):.....  
 Permiso válido hasta:.....

**10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha** →

**11 Daños apreciados al vehículo A**  
 .....

**14 Observaciones**  
 .....

## 12. CIRCUNSTANCIAS

↓ **Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis** ↓

**A**  **B**

*\*tachar las circunstancias no válidas*

1 \*Estaba estacionado / parado

2 \*Salía de un estacionamiento / abriendo puerta

3 Iba a estacionar

4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra

5 Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra

6 Entrada a una plaza de sentido giratorio

7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio

8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril

9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente

10 Cambiaba de carril

11 Adelantaba

12 Giraba a la derecha

13 Giraba a la izquierda

14 Daba marcha atrás

15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso

16 Venía de la derecha (en un cruce)

17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo

**← Indicar número de casillas marcadas →**

**La firma de ambos conductores es obligatoria**  
 No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación.

**13 Croquis del Accidente (en el momento de la colisión)** 13

Precisar: 1. situación; 2. dirección; 3. fecha de los vehículos A y B; 4. su posición en el momento de la colisión; 5. señales de tráfico; 6. nombre de las calles (o carreteras)

<b>A</b>	<b>B</b>
----------	----------

## Vehículo B

**6 Asegurado** (véase póliza de seguro)  
 NOMBRE:.....  
 Apellidos:.....  
 Dirección:.....  
 Código Postal:.....País:.....  
 Tel. o E-mail:.....

**7 Vehículo**

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo.....	
Matrícula (o bastidor).....	Matrícula (o bastidor).....
País de matrícula.....	País de matrícula.....

**8 Aseguradora** (véase póliza de seguro)  
 NOMBRE:.....  
 N.º de póliza:.....  
 N.º de Carta Verde:.....  
 Certificado:  
 o Carta Verde válida desde.....hasta.....  
 Agencia (oficina o corredor).....  
 Nombre:.....  
 Dirección:.....  
 País:.....  
 Tel. o E-mail:.....  
 ¿Los daños propios del vehículo están asegurados?  
 no  si

**9 Conductor** (ver permiso de conducir)  
 NOMBRE:.....  
 Apellidos:.....  
 Fecha de nacimiento:.....  
 Dirección:.....  
 País:.....  
 Tel. o E-mail:.....  
 Permiso de conducir n.º:.....  
 Categoría (A, B,.....):.....  
 Permiso válido hasta:.....

**10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha** →

**11 Daños apreciados al vehículo B**  
 .....

**14 Observaciones**  
 .....

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradas con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que puede tener lugar como consecuencia del siniestro que figura en la Declaración, ante la cual se de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

# declaración

a cumplimentar por el Asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.



Tiene póliza de ocupantes SI  NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

16. NOMBRE DEL ASEGURADO: .....

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

18 . INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI  NO   
POLICÍA QUE HA INTERVENIDO .....

19 . DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:  
TIPO .....USO .....COLOR .....  
MERCANCÍA: PROPIA  O DE TERCEROS   
LUGAR HABITUAL DE GARAJE: .....

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:  
NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
EDAD .....SEXO .....ESTADO CIVIL.....  
PROFESIÓN .....TFNO. ....  
ANTIGÜEDAD CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI  NO   
EL CONDUCTOR ES HABITUAL SI  NO   
ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO SI  NO   
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO .....

21 . PERITACIÓN:  
VEHÍCULO ASEGURADO: Color .....Taller en que será reparado .....  
VEHICULO CONTRARIO: Color .....Taller en que será reparado .....  
OTROS DATOS: .....

22. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES: (Además del A y B)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE	.....	.....
APELLIDOS	.....	.....
MARCA	.....	.....
MODELO	.....	.....
MATRÍCULA	.....	.....
ASEGURADORA	.....	.....
N.º DE PÓLIZA	.....	.....
DAÑOS VISIBLES	.....	.....

23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES: .....

24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VÍCTIMAS: (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE	.....	.....
APELLIDOS	.....	.....
DIRECCIÓN	.....	.....
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL.....	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL.....
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN .....SEXO .....	PROFESIÓN .....SEXO .....
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR	.....	.....
PARENTESCO CON EL ASEGURADO	.....	.....
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	.....	.....
CENTRO ASISTENCIAL	.....	.....

En .....a .....de .....de  
FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES: .....

# DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

<b>1 Fecha del Accidente</b>	<b>Hora</b>	<b>2 Localización</b>	<b>3 Víctima(s) incluso leve(s)</b>
		Lugar..... País.....	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

**4 Daños materiales**

Vehículos distintos de A y B  no  si

objetos distintos al vehículo  no  si

**5 Testigos: nombre, dirección, tel.**.....

.....

## Vehículo A

**6 Asegurado** (véase póliza de seguro)

NOMBRE:.....

Apellidos:.....

Dirección:.....

Código Postal:.....País:.....

Tel. o E-mail:.....

**7 Vehículo**

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo.....	
Matrícula (o bastidor).....	Matrícula (o bastidor).....
País de matrícula.....	País de matrícula.....

**8 Aseguradora** (véase póliza de seguro)

NOMBRE:.....

N.º de póliza:.....

N.º de Carta Verde:.....

Certificado:.....

o Carta Verde válida desde.....hasta.....

Agencia (oficina o corredor).....

Nombre:.....

Dirección:.....

.....País:.....

Tel. o E-mail:.....

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no  si

**9 Conductor** (ver permiso de conducir)

NOMBRE:.....

Apellidos:.....

Fecha de nacimiento:.....

Dirección:.....

.....País:.....

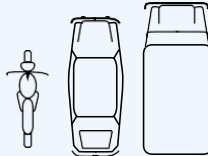
Tel. o E-mail:.....

Permiso de conducir n.º:.....

Categoría (A, B,.....):.....

Permiso válido hasta:.....

**10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha** →



**11 Daños apreciados al vehículo A**

.....

.....

.....

**14 Observaciones**

.....

.....

.....

## 12. CIRCUNSTANCIAS

↓ A	Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis	↓ B
	<i>*tachar las circunstancias no válidas</i>	
<input type="checkbox"/> 1	*Estaba estacionado / parado	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*Salía de un estacionamiento / abriendo puerta	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	Iba a estacionar	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	Entrada a una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	Circulaba por una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	Cambiaba de carril	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	Adelantaba	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	Giraba a la derecha	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	Giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	Daba marcha atrás	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	Venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	<b>Indicar número de casillas marcadas</b>	<input type="checkbox"/> →

**La firma de ambos conductores es obligatoria**  
No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación.

**13 Croquis del Accidente (en el momento de la colisión)** 13

Precisar: 1. situación; 2. dirección; 3. fecha de los vehículos A y B; 4. su posición en el momento de la colisión; 5. señales de tráfico; 6. nombre de las calles (o carreteras).

## Vehículo B

**6 Asegurado** (véase póliza de seguro)

NOMBRE:.....

Apellidos:.....

Dirección:.....

Código Postal:.....País:.....

Tel. o E-mail:.....

**7 Vehículo**

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo.....	
Matrícula (o bastidor).....	Matrícula (o bastidor).....
País de matrícula.....	País de matrícula.....

**8 Aseguradora** (véase póliza de seguro)

NOMBRE:.....

N.º de póliza:.....

N.º de Carta Verde:.....

Certificado:.....

o Carta Verde válida desde.....hasta.....

Agencia (oficina o corredor).....

Nombre:.....

Dirección:.....

.....País:.....

Tel. o E-mail:.....

¿Los daños propios del vehículo están asegurados? no  si

**9 Conductor** (ver permiso de conducir)

NOMBRE:.....

Apellidos:.....

Fecha de nacimiento:.....

Dirección:.....

.....País:.....

Tel. o E-mail:.....

Permiso de conducir n.º:.....

Categoría (A, B,.....):.....

Permiso válido hasta:.....

**10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha** →



**11 Daños apreciados al vehículo B**

.....

.....

.....

**14 Observaciones**

.....

.....

.....

**15 Firma de los conductores** 15

**A** **B**

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradas con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que puede tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante la cual se de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

# declaración

a cumplimentar por el Asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.



Tiene póliza de ocupantes SI  NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

16. NOMBRE DEL ASEGURADO: .....

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI  NO   
POLICÍA QUE HA INTERVENIDO .....

19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:  
TIPO .....USO .....COLOR .....  
MERCANCÍA: PROPIA  O DE TERCEROS   
LUGAR HABITUAL DE GARAJE: .....

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:  
NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
EDAD .....SEXO .....ESTADO CIVIL.....  
PROFESIÓN .....TFNO. ....  
ANTIGÜEDAD CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI  NO   
EL CONDUCTOR ES HABITUAL SI  NO   
ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO SI  NO   
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO .....

21. PERITACIÓN:  
VEHÍCULO ASEGURADO: Color .....Taller en que será reparado .....  
VEHICULO CONTRARIO: Color .....Taller en que será reparado .....  
OTROS DATOS: .....

22. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES: (Además del A y B)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE	.....	.....
APELLIDOS	.....	.....
MARCA	.....	.....
MODELO	.....	.....
MATRÍCULA	.....	.....
ASEGURADORA	.....	.....
N.º DE PÓLIZA	.....	.....
DAÑOS VISIBLES	.....	.....

23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES: .....

24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VÍCTIMAS: (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

	VÍCTIMA 1	VÍCTIMA 2
NOMBRE	.....	.....
APELLIDOS	.....	.....
DIRECCIÓN	.....	.....
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL.....	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL.....
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN .....SEXO .....	PROFESIÓN .....SEXO .....
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR	.....	.....
PARENTESCO CON EL ASEGURADO	.....	.....
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	.....	.....
CENTRO ASISTENCIAL	.....	.....

En .....a .....de .....de  
FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES: .....

.....  
.....  
.....  
.....