

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

4 Daños materiales

Vehículos distintos de A y B objetos distintos al vehículo

no sí no sí

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 sí

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:

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	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	Entraba 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"/> ←	indicar número de casillas marcadas	→ <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 por flechas de los vehículos A, B - 3. su posición en el momento de la colisión - 4. señales de tráfico - 5. 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 sí

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:



11 Daños apreciados al vehículo A:

.....

.....



11 Daños apreciados al vehículo B:

.....

.....

14 Observaciones:

.....

.....

15 **Firma de los conductores** 15

A B

14 Observaciones:

.....

.....

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradoras con la exclusión finalidad de cambiar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante las causas, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

Declaración:

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

21. PERITACIÓN

VEHÍCULO ASEGURADO: Color Taller en que será reparado

VEHÍCULO CONTRARIO: Color Taller en que será reparado

OTROS DATOS:

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

VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE	NOMBRE
APELLIDOS	APELLIDOS
MARCA	MARCA
MODELO	MODELO
MATRÍCULA	MATRÍCULA
ASEGURADORA	ASEGURADORA
N.º DE PÓLIZA	N.º DE PÓLIZA
DAÑOS VISIBLES	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	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
APELLIDOS	APELLIDOS	APELLIDOS	APELLIDOS
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN	DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN SEXO	PROFESIÓN SEXO	PROFESIÓN SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR	PARENTESCO CON EL CONDUCTOR	PARENTESCO CON EL CONDUCTOR	PARENTESCO CON EL CONDUCTOR
PARENTESCO CON EL ASEGURADO	PARENTESCO CON EL ASEGURADO	PARENTESCO CON EL ASEGURADO	PARENTESCO CON EL ASEGURADO
ASALARIADO DEL ASEGURADO	ASALARIADO DEL ASEGURADO	ASALARIADO DEL ASEGURADO	ASALARIADO DEL ASEGURADO
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES
CENTRO ASISTENCIAL	CENTRO ASISTENCIAL	CENTRO ASISTENCIAL	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

Observaciones: