

# DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

1. FECHA del accidente    HORA

2. LUGAR (País, calle, población, provincia, etc.)

3. VICTIMA(S) incluso leve(s)

No  Si

4. DAÑOS MATERIALES EN

vehículos u objetos distintos de A y B  
No  Si

5. TESTIGOS nombre, dirección y teléfono de contacto.

## Vehículo A

### 6. ASEGURADO (véase póliza de Seguro)

NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
DIRECCION .....  
C.P. ..... PAIS .....  
TEL. o E-MAIL .....

### 7. VEHICULO

MARCA / MODELO / VERSION .....

MATRICULA (o bastidor) .....

### 8. ASEGURADORA (véase póliza de Seguro)

NOMBRE .....  
NUMERO DE POLIZA .....  
NUMERO DE CARTA VERDE .....  
VALIDEZ desde ..... hasta .....  
AGENCIA (Oficina o Corredor) .....  
DIRECCIÓN .....

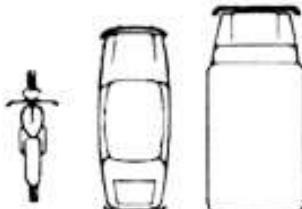
¿Los daños propios del vehículo  
están asegurados? Si  No

### 9. CONDUCTOR (ver permiso conducir)

NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
FECHA NACIMIENTO .....  
DIRECCION .....  
NUMERO PERMISO CONDUCIR .....  
CATEGORÍA (A, B, ...) .....  
PERMISO VALIDO HASTA .....

### 10. INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE

INICIAL CON UNA FLECHA →  
(solo para la versión impresa)



### 11. DAÑOS VEHÍCULO A:

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

### 14. OBSERVACIONES

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

## 12. CIRCUSTANCIAS

Marcar en cada casilla que proceda.

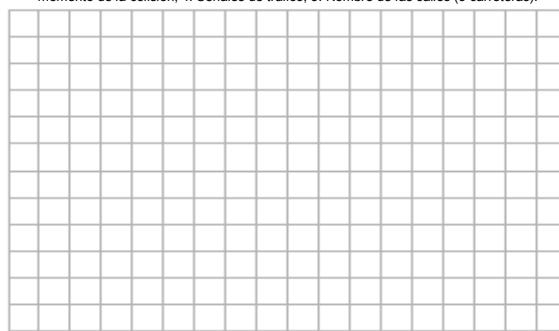
- 1 ESTABA ESTACIONADO / PARADO  
2 SALIA DE UN ESTACIONAMIENTO  
3 IBA A ESTACIONAR  
4 SALIA DE UN APARCAMIENTO, DE UN LUGAR PRIVADO, DE UN CAMINO DE TIERRA  
5 ENTRABA A UN APARCAMIENTO, A UN LUGAR PRIVADO, A UN CAMINO DE TIERRA  
6 ENTRABA A UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO  
7 CIRCULABA POR UNA PLAZA DE SENTIDO GIRATORIO  
8 COLISIONO 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 INVADIA LA PARTE RESERVADA A LA CIRCULACIÓN EN SENTIDO INVERSO  
16 VENIA DE LA DERECHA (EN UN CRUCE)  
17 NO RESPETO LA SEÑAL DE PREFERENCIA O SEMÁFORO EN ROJO

### INDICAR NUMERO TOTAL DE CASILLAS MARCADAS

### 13. CROQUIS DEL ACCIDENTE 13.

(solo para la versión impresa)

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).



### 15. FIRMA DE LOS CONDUCTORES 15.

(solo para la versión impresa)

A

B

## Vehículo B

### 6. ASEGURADO (véase póliza de Seguro)

NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
DIRECCION .....  
C.P. ..... PAIS .....  
TEL. o E-MAIL .....

### 7. VEHICULO

MARCA / MODELO / VERSION .....

MATRICULA (o bastidor) .....

### 8. ASEGURADORA (véase póliza de Seguro)

NOMBRE .....  
NUMERO DE POLIZA .....  
NUMERO DE CARTA VERDE .....  
VALIDEZ desde ..... hasta .....  
AGENCIA (Oficina o Corredor) .....  
DIRECCIÓN .....

¿Los daños propios de vehículo están asegurados? Si  No

### 9. CONDUCTOR (ver permiso conducir)

NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
FECHA NACIMIENTO .....  
DIRECCION .....  
NUMERO PERMISO CONDUCIR .....  
CATEGORÍA (A, B, ...) .....  
PERMISO VALIDO HASTA .....

### 10. INDICAR EL PUNTO DE CHOQUE

INICIAL CON UNA FLECHA →  
(solo para la versión impresa)



### 11. DAÑOS VEHÍCULO B:

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

### 14. OBSERVACIONES

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

**DECLARACION:**

A cumplimentar por el asegurado.

Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los SIETE días siguientes a la ocurrencia del accidente.

**16. NOMBRE DEL ASEGURADO** ..... ¿TIENE PÓLIZA DE OCUPANTES? Sí  No **17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE** ..........  
.....**18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES** Sí  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 .....

TEL ..... PROFESIÓN .....

ANTIGUEDAD DE CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI  NO  ES EL CONDUCTOR HABITUAL SI  NO ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO: SI  NO  PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO .....**21. PERITACIÓN:**

COLOR VEHÍCULO ASEGURADO ..... TALLER EN QUE SERÁ REPARADO .....

COLOR VEHÍCULO CONTRARIO ..... TALLER EN QUE SERÁ REPARADO .....

OTROS DATOS: .....

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

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE		
APELLIDOS		
MARCA		
MODELO		
MATRICULA		
ASEGURADORA		
NUMERO DE POLIZA		
DAÑOS VISIBLES		

**23. DANOS A LAS COSAS Y ANIMALES:** .....**24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VICTIMAS.** (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE		
APELLIDOS		
DIRECCIÓN		
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD	ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y 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 VICTIMA	PEATON <input type="checkbox"/>	A B C D
	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OCCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES		
CENTRO ASISTENCIAL		

En ..... a ..... de ..... de .....

**25. OBSERVACIONES** ..........  
.....FIRMA DEL ASEGURADO  
(solo para la versión impresa)