

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)

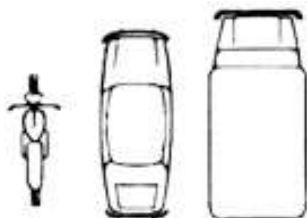
NOMBRE
NUMERO DE POLIZA
NUMERO DE CARTA VERDE
VALIDEZ desde hasta
AGENCIA (Oficina o Corredor)
DIRECCIÓN

¿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.

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | ESTABA ESTACIONADO / PARADO | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | SALIA DE UN ESTACIONAMIENTO | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | IBA A ESTACIONAR | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | SALIA 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 | COLISIONO 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 | INVADIA LA PARTE RESERVADA A LA CIRCULACIÓN EN SENTIDO INVERSO | <input type="checkbox"/> | 15 |
| <input type="checkbox"/> | 16 | VENIA DE LA DERECHA (EN UN CRUCE) | <input type="checkbox"/> | 16 |
| <input type="checkbox"/> | 17 | NO RESPETO LA SEÑAL DE PREFERENCIA O SEMÁFORO EN ROJO | <input type="checkbox"/> | 17 |

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).



A

B

15. FIRMA DE LOS CONDUCTORES 15.

(solo para la versión impresa)

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
ANTIGÜEDAD 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 SERA REPARADO
COLOR VEHÍCULO CONTRARIO TALLER EN QUE SERA 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	EDAD ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESION SEXO	PROFESION 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"/>
CONDICION 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"/> OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PEATON <input type="checkbox"/> A B C D CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OCUPANTE 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. OSBSERVACIONES
.....
.....
.....

FIRMA DEL ASEGURADO
(solo para la versión impresa)