



# DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

SPANISH

CAR TRAVEL DOCS



Gracias por descargar.  
Si le gusta este documento, por favor  
considere una pequeña donación.  
¡Viaje seguro!



Donate with **PayPal**



# INSTRUCCIONES

SPANISH

CAR TRAVEL DOCS



## 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. Firman 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>	Lugar .....	<b>3 Víctima(s) incluso leve(s)</b>
		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: .....

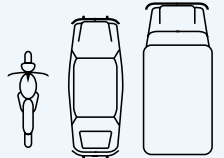
**7 Vehículo**

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

↓ <b>A</b>	<b>Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis</b>	↓ <b>B</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 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: .....

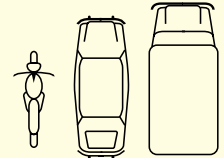
**7 Vehículo**

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  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 aseguradoras con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante la cual, y 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:** 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 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 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>	Lugar .....	<b>3 Víctima(s) incluso leve(s)</b>
		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

↓ A	<b>Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis</b>	↓ 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 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  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 aseguradoras con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante la cual, y 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:** 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 <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: .....