



ESPAÑOL - SPANISH DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

Cómo usar esta Declaración Amistosa de Accidente

Accidente con solo su vehículo

Complete una columna de la Declaración Amistosa de Accidente y firme el formulario. Complete la página de declaración adicional y también fírmela. Envíe ambos documentos a su compañía de seguros.

Accidente con otro vehículo

Complete la Declaración Amistosa de Accidente de manera conjunta. Cada conductor rellena una columna y ambos conductores firman el formulario. Luego complete un segundo formulario con los mismos datos para que cada conductor tenga un formulario completamente relleno. Cada formulario puede estar en un idioma diferente.

Formulario de Declaración Amistosa de Accidente (Vehículo A) con secciones para datos personales, circunstancias del accidente, y detalles del vehículo.

Formulario de Declaración Amistosa de Accidente (Vehículo B) con secciones para datos personales, circunstancias del accidente, y detalles del vehículo.



CAR TRAVEL DOCS

cartraveldocs.com

support@cartraveldocs.com



**Thank you for downloading
this document!**

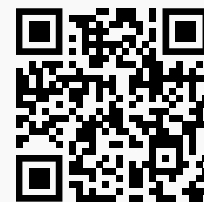
If it makes your travel easier, a coffee would be the perfect way to say thank you.



My Meal Cards

mymealcards.com

support@mymealcards.com



**Traveling with food allergies, diets,
or intolerances?**

Easy-to-use cards to communicate dietary needs when traveling. Scan the QR code to learn more.

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		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	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"/> ←	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 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, 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 AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		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	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"/> ←	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 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 pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante la cual, 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:

TIPOUSOCOLOR
MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS
LUGAR HABITUAL DE GARAJE:

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

NOMBRE
APELLIDOS
EDADSEXOESTADO CIVIL
PROFESIÓNTFNO.
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 VICTIMA	{ 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 quien lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES: