



Declaración amistosa de accidente

Spanish

www.cartraveldocs.com



Gracias por descargar. Si le gusta este documento, considere comprarme un café. ¡Gracias por tu apoyo!



Buy me a coffee



Instrucciones

Spanish

www.cartraveldocs.com 

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

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:

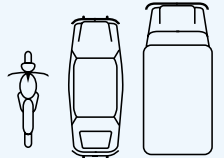
7 Vehículo

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 <i>*tachar las circunstancias no válidas</i>	↓ B
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 *Estaba estacionado/parado	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 *Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3 Iba a estacionar	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<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	<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	<input type="checkbox"/> 6 Entrada a una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<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	<input type="checkbox"/> 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10 Cambiaba de carril	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11 Adelantaba	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12 Giraba a la derecha	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13 Giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14 Daba marcha atrás	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16 Venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	<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:

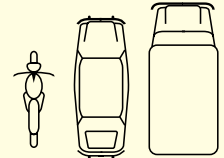
7 Vehículo

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, 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:

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: ColorTaller en que será reparado
VEHICULO CONTRARIO: ColorTaller 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.....	.....	.....

Enadede
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

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:

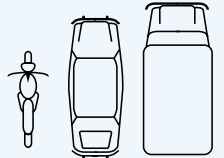
7 Vehículo

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**

15 Firma de los conductores

A B

Vehículo B

6 Asegurado (véase póliza de seguro)
 NOMBRE:
 Apellidos:
 Dirección:
 Código Postal: País:
 Tel. o E-mail:

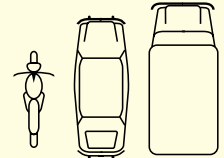
7 Vehículo

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

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:

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: ColorTaller en que será reparado
VEHICULO CONTRARIO: ColorTaller 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.....	.....	.....

Enadede
FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES: