

PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO, PUEDE PRIMERO RELLENAR LOS CAMPOS Y POSTERIORMENTE IMPRIMIRLO PARA TERMINAR DE LLENAR LOS CAMPOS MANUALMENTE.

NOTA: Para pasar los campos utilice el tabulador

Algunos campos tienen formato específico (las fechas debe introducirlas con separador de barra "/", las horas entre ":", las casillas solo seleccionarlas

Para el croquis, los daños y las firmas deberá cumplimentarlo de forma manual una vez impreso.

Recuerde que debe enviar por correo o entregar el documento cumplimentado a su Agente o al Departamento de Siniestros de su Entidad Aseguradora.

Encontrará el documento en la página siguiente.

Declaración amistosa de accidente de automóvil

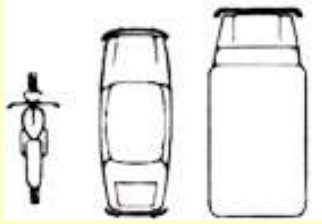
No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación.

La firma de AMBOS conductores es obligatoria

1. Fecha del accidente 01/01/2003	Hora 12:12	2. Lugar (Estado, provincia, población, calle o carretera, etc.)	3. Víctima(s) incluso leve(s) No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> *
4. Daños materiales distintos a los de vehículos A y B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> *		5. Testigos Nombre, dirección y teléfono (precisar cuando se trata de ocupantes si son del A o del B)	

VEHÍCULO A	12. Circunstancias	VEHÍCULO B																																																																		
6. Asegurado (véase póliza de Seguro) Nombre Apellidos Dirección Localidad C.P. Teléfono ¿El asegurado puede recuperar el IVA referente al vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Active cada casilla que proceda para precisar el croquis. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 40%;">Estaba estacionado</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>Salía de un estacionamiento</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Iba a estacionar</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado o a un camino de tierra</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>Entraba en una plaza de sentido giratorio</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>Circulaba por una plaza de sentido giratorio</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td>Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>Circulaba en el mismo sentido y en diferente carril</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td>Cambiaba de carril</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11</td> <td>Adelantaba</td> <td><input type="checkbox"/> 11</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12</td> <td>Giraba a la derecha</td> <td><input type="checkbox"/> 12</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13</td> <td>Giraba a la izquierda</td> <td><input type="checkbox"/> 13</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14</td> <td>Daba marcha atrás</td> <td><input type="checkbox"/> 14</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15</td> <td>Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso</td> <td><input type="checkbox"/> 15</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td> <td>Venía de la derecha (en un cruce)</td> <td><input type="checkbox"/> 16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17</td> <td>No respetó la señal de preferencia</td> <td><input type="checkbox"/> 17</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	Estaba estacionado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Salía de un estacionamiento	<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	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado o a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 6	Entraba en 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 diferente carril	<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	<input type="checkbox"/> 17	6. Asegurado (véase póliza de Seguro) Nombre Apellidos Dirección Localidad C.P. Teléfono ¿El asegurado puede recuperar el IVA referente al vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Estaba estacionado	<input type="checkbox"/> 1																																																																		
<input type="checkbox"/> 2	Salía de un estacionamiento	<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	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado o a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 5																																																																		
<input type="checkbox"/> 6	Entraba en 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 diferente carril	<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	<input type="checkbox"/> 17																																																																		
7. Vehículo Marca, Modelo Matrícula	7. Vehículo Marca, Modelo Matrícula																																																																			
8. Aseguradora Nº Póliza Agencia Para los extranjeros Nº Carta verde Validez carta verde ¿Los daños propios del vehículo están asegurados? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. Aseguradora Nº Póliza Agencia Para los extranjeros Nº Carta verde Validez carta verde ¿Los daños propios del vehículo están asegurados? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																			
9. Conductor (ver permiso conducir) Nombre Apellidos Dirección Permiso conducir nº Categoría A Expedido en el Permiso válido hasta	9. Conductor (ver permiso conducir) Nombre Apellidos Dirección Permiso conducir nº Categoría A Expedido en el Permiso válido hasta																																																																			
← Indicar nº de casillas marcadas →																																																																				

10. Indicar con una flecha el punto de choque inicial.



11. Daños apreciados

14. Observaciones

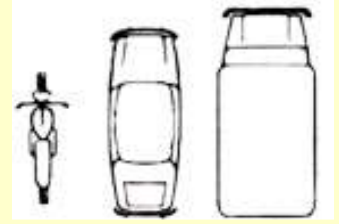
13. Croquis del accidente

Precisar: 1. situación, 2. dirección (flechas) de los vehículos A y 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 dos conductores

10. Indicar con una flecha el punto de choque inicial.



11. Daños apreciados

14. Observaciones

* En caso de heridos o daños materiales distintos que los de los vehículos A y B, recoger los datos identificadores, dirección, etc.

No modificar estas diligencias después de firmadas y separados los ejemplares de los dos conductores.

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? Sí No

Espacio reservado a la Entidad Aseguradora

16. Nombre del Asegurado

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

21. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

NOMBRE
 APELLIDOS
 EDAD SEXO ESTADO CIVIL
 PROFESIÓN TFNO
 ANTIGÜEDAD DE CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI NO
 ES EL CONDUCTOR HABITUAL SI NO
 ES DEPENDIENTE/ASALARIADO DEL ASEGURADO SI NO
 PARENTESCO O RELACION CON EL ASEGURADO

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES Sí No

POLICIA QUE HA INTERVENIDO
 JUZGADO

19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

TIPO USO COLOR
 MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS
 LUGAR HABITUAL DE GARAGE
 REMOLQUE: SI NO MATRICULA

20. DAÑOS APRECIADOS



VEHÍCULO ASEGURADO



VEHÍCULO CONTRARIO

22. PERITACION:

VEHÍCULO ASEGURADO: Color Taller en que será reparado
VEHÍCULO CONTRARIO: Color Taller en que será reparado
OTROS DATOS:

23. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES (Además del A y B)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
MARCA		
MODELO		
MATRICULA		
ASEGURADORA		
Nº DE POLIZA		
DAÑOS VISIBLES		

24. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES

25. 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	PROF. SEXO	PROF. SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR		
PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PEATON <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PEATON <input type="checkbox"/>
CONDICION DE LA VICTIMA	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	OCUPANTE 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"/>
CENTRO ASISTENCIAL		

En a martes, 14 de febrero de 2012

FIRMA DEL ASEGURADO

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

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora