

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		5 Testigos: nombre, dirección, tel.		
Vehículos distintos de A y B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		objetos distintos al vehículo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		

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 una 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		
	<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 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 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 Invasión de 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 una 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 las cuales, 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

21. PERITACIÓN

VEHÍCULO ASEGURADO: Color Taller en que será reparado

VEHÍCULO 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 ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO PROFESIÓN SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR
PARENTESCO CON EL ASEGURADO
ASALARIADO DEL ASEGURADO SI NO
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES
CENTRO ASISTENCIAL

En a 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

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar
		País	
3 Víctima(s) incluso leve(s)			
no <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/>

4 Daños materiales	5 Testigos: nombre, dirección, tel.
Vehículos distintos de A y B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
objetos distintos al vehículo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	

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:

12. CIRCUNSTANCIAS

Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis

** tachar las circunstancias no válidas*

↓	A		B
↓	↓	↓	↓
1	<input type="checkbox"/>	* Estaba estacionado/parado	1
2	<input type="checkbox"/>	* Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	2
3	<input type="checkbox"/>	Iba a estacionar	3
4	<input type="checkbox"/>	Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	4
5	<input type="checkbox"/>	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5
6	<input type="checkbox"/>	Entraba a una plaza de sentido giratorio	6
7	<input type="checkbox"/>	Circulaba por una plaza de sentido giratorio	7
8	<input type="checkbox"/>	Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8
9	<input type="checkbox"/>	Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	9
10	<input type="checkbox"/>	Cambiaba de carril	10
11	<input type="checkbox"/>	Adelantaba	11
12	<input type="checkbox"/>	Giraba a la derecha	12
13	<input type="checkbox"/>	Giraba a la izquierda	13
14	<input type="checkbox"/>	Daba marcha atrás	14
15	<input type="checkbox"/>	Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15
16	<input type="checkbox"/>	Venía de la derecha (en un cruce)	16
17	<input type="checkbox"/>	No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	17
←	<input type="checkbox"/>	indicar número de casillas marcadas	→

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)

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:



11 Daños apreciados al vehículo A:

.....

.....

14 Observaciones:

.....

.....



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 exclusión finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante las cuales, 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

ES EL CONDUCTOR 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 _____

VEHÍCULO 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)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE	_____	_____
APELLIDOS	_____	_____
DIRECCIÓN	_____	_____
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL _____	EDAD <input type="checkbox"/> <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	{ 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 _____ FIRMA DEL ASEGURADO

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

25. OBSERVACIONES

Area for observations with horizontal lines.

Modo de empleo del parte Europeo de Accidente

Este parte es conforme al modelo aceptado por el Comité Europeo de Seguros (CEA)

Debe utilizarse en todos los accidentes de automóvil

¿Qué hacer en caso de accidente?

- Si hay heridos:
 - Si la gravedad de las lesiones lo justifica, llame a los servicios de ayuda y policía.
 - Anote el nombre, apellidos, dirección y teléfono de las personas heridas antes de su partida.
- Si únicamente hay daños materiales:
 - Presentar espontáneamente su póliza de seguro y permiso de conducir, y rellenar tranquilamente, con el otro conductor, un sólo Parte Europeo de Accidente.
 - Si Vd. dificulta el tráfico rodado, el Código de la Circulación impone desplazar los vehículos tan rápidamente como sea posible.
 - Llame a la policía si Vd. estima que en ello va su interés, o en caso de que el otro conductor refuse colaborar.
 - Unas fotos son siempre útiles.

¿Cómo rellenar este Parte de accidente?

- En el lugar del accidente:

1. Utilice un solo parte cuando sean únicamente dos los vehículos implicados (2 para 3 vehículos, etc...). **Poco importa quien lo suministre o quien lo rellene.** Emplee preferentemente un bolígrafo y apoye fuerte, la copia será más legible.

2. No olvide al rellenarlo:

- a) En los apartados 6 y 8, copiar los datos de ambas pólizas (o cartas verdes).
- b) En el apartado 9, comprobar los permisos de conducir.
- c) En el apartado 10, indicar con precisión el punto de choque inicial.
- d) En el apartado 12, poner un aspa (X) en las casillas que proceda, indicando así las circunstancias del accidente e incluso al final el n.º de casillas marcadas en cada columna.
- e) Hacer un croquis del accidente (apartado 13).

3. Si existen testigos del accidente, escriba sus nombres, apellidos y direcciones, sobre todo en el caso de dificultades con el otro conductor.

4. **Firme y haga firmar el Parte por el otro conductor.** Entréguele, uno de los ejemplares y conserve el otro.

- En su casa:

- Complete los datos de los cuales tiene necesidad su Asegurador, rellenando la **Declaración de Accidente** al dorso del Parte.
- No olvide precisar donde estará su vehículo para que el perito pueda examinar los daños lo antes posible.
- No altere en ningún caso los datos ya consignados en la primera página del parte.
- Transmita este documento sin demora a su Asegurador.

- Casos particulares:

- Si el otro conductor está en posesión igualmente de un formulario conforme al modelo aceptado por el comité Europeo de Seguros, pero redactado en una lengua diferente, compruebe que sea idéntico al suyo, y así Vd. podrá seguir la traducción de apartado en apartado (están numerados a tal efecto), sobre su propio parte.

LLEVE SIEMPRE EN SU VEHÍCULO PARTES EN BLANCO

Parte Europeo de Accidente

no nos enfademos
seamos corteses
tengamos calma

instrucciones al dorso