

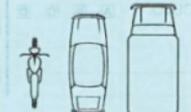
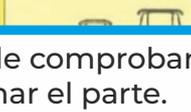
**6 7 8 9** Vea y compruebe que todos los datos son correctos. Un número de matrícula incorrecto o un nombre de compañía sin indicar, retrasan mucho la tramitación

**5** Si hay testigos anote nombre apellidos y teléfonos

**3** Si hay heridos, aunque sean leves, hágalo constar

**Recuerde poner fecha y lugar del accidente**

## DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente Hora _____		2 Localización País _____ Lugar _____		3 Víctima(s) incluso leve(s) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																			
4 Daños materiales 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"/>		5 Testigos: nombre, dirección, tel. _____																																					
<b>Vehículo A</b> 6 Asegurado (véase póliza de seguro) NOMBRE: _____ Apellidos: _____ Dirección: _____ Código Postal: _____ País: _____ Tel. o E-mail: _____ 7 Vehículo <table border="1"> <tr> <th>VEHÍCULO A MOTOR</th> <th>REMOLQUE</th> </tr> <tr> <td>Marca, modelo _____</td> <td>Marca, modelo _____</td> </tr> <tr> <td>Matrícula (o bastidor) _____</td> <td>Matrícula (o bastidor) _____</td> </tr> <tr> <td>País de matrícula _____</td> <td>País de matrícula _____</td> </tr> </table> 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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE	Marca, modelo _____	Marca, modelo _____	Matrícula (o bastidor) _____	Matrícula (o bastidor) _____	País de matrícula _____	País de matrícula _____	12. CIRCUNSTANCIAS Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis *tachar las circunstancias no válidas <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 * Estaba estacionado/parado</td> <td><input type="checkbox"/> 2 *Salía de un estacionamiento/abriendo puerta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Salía a estacionar</td> <td><input type="checkbox"/> 4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Entraba a una plaza de sentido giratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente</td> <td><input type="checkbox"/> 10 Cambiaba de carril</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 Adelantaba</td> <td><input type="checkbox"/> 12 Giraba a la derecha</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 Giraba a la izquierda</td> <td><input type="checkbox"/> 14 Daba marcha atrás</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso</td> <td><input type="checkbox"/> 16 Venía de la derecha (en un cruce)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo</td> <td><input type="checkbox"/> 18 No se detuvo al ver la luz roja</td> </tr> </table> 13 Dibuje un detalle de como ocurre el accidente.		<input type="checkbox"/> 1 * Estaba estacionado/parado	<input type="checkbox"/> 2 *Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	<input type="checkbox"/> 3 Salía a estacionar	<input type="checkbox"/> 4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 5 Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 6 Entraba a una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio	<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"/> 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	<input type="checkbox"/> 10 Cambiaba de carril	<input type="checkbox"/> 11 Adelantaba	<input type="checkbox"/> 12 Giraba a la derecha	<input type="checkbox"/> 13 Giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/> 14 Daba marcha atrás	<input type="checkbox"/> 15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/> 16 Venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/> 17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	<input type="checkbox"/> 18 No se detuvo al ver la luz roja	<b>Vehículo B</b> 6 Asegurado (véase póliza de seguro) NOMBRE: _____ Apellidos: _____ Dirección: _____ Código Postal: _____ País: _____ Tel. o E-mail: _____ 7 Vehículo <table border="1"> <tr> <th>VEHÍCULO A MOTOR</th> <th>REMOLQUE</th> </tr> <tr> <td>Marca, modelo _____</td> <td>Marca, modelo _____</td> </tr> <tr> <td>Matrícula (o bastidor) _____</td> <td>Matrícula (o bastidor) _____</td> </tr> <tr> <td>País de matrícula _____</td> <td>País de matrícula _____</td> </tr> </table> 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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE	Marca, modelo _____	Marca, modelo _____	Matrícula (o bastidor) _____	Matrícula (o bastidor) _____	País de matrícula _____	País de matrícula _____
VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE																																						
Marca, modelo _____	Marca, modelo _____																																						
Matrícula (o bastidor) _____	Matrícula (o bastidor) _____																																						
País de matrícula _____	País de matrícula _____																																						
<input type="checkbox"/> 1 * Estaba estacionado/parado	<input type="checkbox"/> 2 *Salía de un estacionamiento/abriendo puerta																																						
<input type="checkbox"/> 3 Salía a estacionar	<input type="checkbox"/> 4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra																																						
<input type="checkbox"/> 5 Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 6 Entraba a una plaza de sentido giratorio																																						
<input type="checkbox"/> 7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio	<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"/> 9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	<input type="checkbox"/> 10 Cambiaba de carril																																						
<input type="checkbox"/> 11 Adelantaba	<input type="checkbox"/> 12 Giraba a la derecha																																						
<input type="checkbox"/> 13 Giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/> 14 Daba marcha atrás																																						
<input type="checkbox"/> 15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/> 16 Venía de la derecha (en un cruce)																																						
<input type="checkbox"/> 17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	<input type="checkbox"/> 18 No se detuvo al ver la luz roja																																						
VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE																																						
Marca, modelo _____	Marca, modelo _____																																						
Matrícula (o bastidor) _____	Matrícula (o bastidor) _____																																						
País de matrícula _____	País de matrícula _____																																						
10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha → 		10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha → 																																					
11 Daños apreciados al vehículo A: _____		11 Daños apreciados al vehículo B: _____																																					
14 Observaciones: _____		14 Observaciones: _____																																					
15 Firma de los conductores _____		15 Firma de los conductores _____																																					

**RECUERDE AHORA, DEBE ENTREGAR UNA COPIA A SU AGENTE DE SEGUROS o ENVIAR A LA COMPAÑÍA. SU AGENTE E ACONSEJARÁ EN TODO MOMENTO. info@adelazaro.com**

**15** Solo después de comprobar todo, debe firmar el parte. **NUNCA EN BLANCO**