

Declaration de Accidente

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

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

4 Daños materiales	5 Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos
en otros vehículos excepto A y B en otros objetos que sean vehículos no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>

VEHÍCULO A

6 Contratante del seguro/asegurado* * véase póliza de seguro

Apellido
 Nombre
 Dirección
 C. P.: País
 Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR:	REMOLQUE:
Marca, modelo
Nº de matrícula	Nº de matrícula
País de autorización	País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
 Nº de la póliza
 Nº de la Carta verde
 Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)

Nombre
 Dirección
 Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
 no sí

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
 Nombre
 Fecha de nacimiento

Dirección
 País
 Teléfono o Email

Permiso de conducir nº.
 Categoría (A, B,...)

Permiso válido hasta:

CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Táchese lo que no proceda:

A	¿Qué pasó?	B
1	*estaba estacionado/ parado	1
2	*salía de un estacionamiento/ abría una puerta del vehículo	2
3	iba a estacionar	3
4	*salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra	4
5	*entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra	5
6	se disponía a entrar en un solar	6
7	entraba en un solar	7
8	colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8
9	circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente	9
10	cambiaba de carril	10
11	adelantaba	11
12	giraba a la derecha	12
13	giraba a la izquierda	13
14	daba marcha atrás	14
15	invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15
16	venía de la derecha (en un cruce)	16
17	no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo	17

← **Indique el número de casillas marcadas** →

13 Croquis del accidente en el momento de la colisión
 Complementar su esquema aquí más tarde:
www.croquisaccidente.es

Indíquese 1. el trazado de los carriles 2. el sentido de la marcha de los vehículos A y B (mediante flechas) 3. su posición en el momento de la colisión 4. las señales de tráfico 5. los nombres de las calles (o carreteras)

VEHÍCULO B

6 Contratante del seguro/asegurado* * véase póliza de seguro

Apellido
 Nombre
 Dirección
 C. P.: País
 Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR:	REMOLQUE:
Marca, modelo
Nº de matrícula	Nº de matrícula
País de autorización	País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
 Nº de la póliza
 Nº de la Carta verde
 Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)

Nombre
 Dirección
 Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
 no sí

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
 Nombre
 Fecha de nacimiento

Dirección
 País
 Teléfono o Email

Permiso de conducir nº.
 Categoría (A, B,...)

Permiso válido hasta:



11 Daños apreciados en el vehículo A:

.....

.....

.....

11 Daños apreciados en el vehículo B:

.....

.....

.....

14 Observaciones:

.....

.....

.....

15 Firmas de los dos conductores **15**

14 Observaciones:

.....

.....

.....

Declaración de Accidente

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

1 Fecha del accidente	Hora	2 Localización · País · Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
4 Daños materiales en otros vehículos excepto A y B en otros objetos que sean vehículos no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		5 Testigos Nombres y apellidos, direcciones, teléfonos	

VEHÍCULO A

6 Contratante del seguro/asegurado* (véase póliza de seguro)

Apellido
Nombre
Dirección.....
C. P.:.....País

Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: **REMOLQUE:**

Marca, modelo
Nº de matrícula Nº de matrícula

País de autorización País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
Nº de la póliza
Nº de la Carta verde
Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)

Nombre
Dirección
Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
no sí

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento

Dirección
País

Teléfono o Email

Permiso de conducir nº.....
Categoría (A, B,...)

Permiso válido hasta:

CIRCUNSTANCIAS DE LA COLISIÓN

12 Marque siempre la casilla correspondiente, para que el croquis sea más preciso. - * Táchese lo que no proceda:

A	¿Qué pasó?	B
<input type="checkbox"/>	*estaba estacionado/ parado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*salía de un estacionamiento/abría una puerta del vehículo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	iba a estacionar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*salía de un aparcamiento, de una zona privada, de un camino de tierra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entraba a un aparcamiento, a una zona privada, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	se disponía a entrar en un solar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entraba en un solar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulaba en el mismo sentido y en el carril diferente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiaba de carril	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	adelantaba	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	giraba a la derecha	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	daba marcha atrás	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	no respetó la señal de preferencia o un semáforo rojo	<input type="checkbox"/>

← Indique el número de casillas marcadas →

13 Croquis del accidente en el momento de la colisión
Complementar su esquema aquí más tarde:
www.croquisaccidente.es

Indíquese 1. el trazado de los carriles 2. el sentido de la marcha de los vehículos A y B (mediante flechas) 3. su posición en el momento de la colisión 4. las señales de tráfico 5. los nombres de las calles (o carreteras)

VEHÍCULO B

6 Contratante del seguro/asegurado* (véase póliza de seguro)

Apellido
Nombre
Dirección.....
C. P.:.....País

Teléfono o Email:

7 Vehículo

VEHÍCULO DE MOTOR: **REMOLQUE:**

Marca, modelo
Nº de matrícula Nº de matrícula

País de autorización País de autorización

8 Compañía aseguradora (véase póliza de seguro)

Nombre
Nº de la póliza
Nº de la Carta verde
Certificado des seguro o Carta verde válidos de a

Sucursal (oficina o agente)

Nombre
Dirección
Teléfono o Email

¿Los daños propios del vehículo están asegurados?
no sí

9 Conductor (véase permiso de conducir)

Apellido
Nombre
Fecha de nacimiento

Dirección
País

Teléfono o Email

Permiso de conducir nº.....
Categoría (A, B,...)

Permiso válido hasta:

10 Marque el punto del choque inicial en el vehículo A con una flecha →



11 Daños apreciados en el vehículo A:

.....
.....
.....

Croquis del accidente:



10 Marque el punto del choque inicial en el vehículo B con una flecha →



11 Daños apreciados en el vehículo B:

.....
.....
.....

14 Observaciones:

.....
.....
.....

15 Firmas de los dos conductores

14 Observaciones:

.....
.....
.....

