

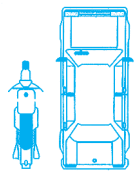
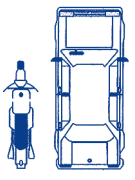


DECLARACIÓN DE ACCIDENTE CON CONTRARIO

ADVERTENCIAS DE INTERÉS: 1.-Debe presentarse en el Domicilio Social de su Entidad Aseguradora en plazo máximo de SIETE DÍAS desde que se produjo el accidente.

CLASE DE ACCIDENTE					
<input type="checkbox"/> Colisión entre Vehículos (sólo dos vehículos)	<input type="checkbox"/> Incendio	Atropello	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Colisión Múltiple (más de dos vehículos)	<input type="checkbox"/> Vuelco o Salida Carretera	Hubo Lesionados o Heridos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Colisión Animales o Cosas	<input type="checkbox"/> Sin Contrario	Firma Declaración Amistosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Riesgo Catastrófico

FECHA ACCIDENTE			HORA	CALLE O LUGAR	CIUDAD	PROVINCIA	PAÍS
Día	Mes	Año					

DATOS DEL ASEGURADO	CIRCUNSTANCIAS	DATOS DEL CONTRARIO
DATOS DEL ASEGURADO (A) Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido: NIF: F/. Exp. Carnet Conducir:	A Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis B <input type="checkbox"/> 1 Estaba estacionado/parado <input type="checkbox"/> 2 Salía de un estacionamiento/abriendo puerta <input type="checkbox"/> 3 Iba 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 Colisioné 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"/> Indicar número de casillas	DATOS DEL CONTRARIO (B) Nombre: Apellidos: Domicilio: Ciudad: Teléfono/Móvil:
DATOS DEL VEHÍCULO (A) Matrícula: Marca y Modelo: Color: Aseguradora: <input type="checkbox"/> MUTUA MADRILEÑA Señale la que proceda Póliza:		DATOS DEL VEHÍCULO (B) Matrícula: Marca y Modelo: Color: Aseguradora: Póliza:
DATOS DEL CONDUCTOR (A) Nombre: Apellidos: Teléfono/Móvil: NIF: Edad: Relación Asegurado: F/. Exp. Carnet Conducir:		DATOS DEL CONDUCTOR (B) Nombre: Apellidos: Teléfono/Móvil: NIF: Edad: Relación Asegurado: F/. Exp. Carnet Conducir:
DAÑOS DEL VEHÍCULO (A) 		DAÑOS DEL VEHÍCULO (B) 

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	GRÁFICO/CROQUIS
Existe alguna señal de STOP o CEDA EL PASO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diga a favor de quién: ASEGURADO <input type="checkbox"/> A CONTRARIO <input type="checkbox"/> B
¿Se realizó prueba de alcoholemia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	POSITIVA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B NEGATIVA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

FIRMA DEL CONDUCTOR VEHÍCULO A

FIRMA DEL CONDUCTOR VEHÍCULO B

