

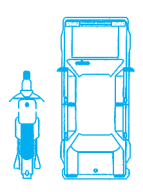
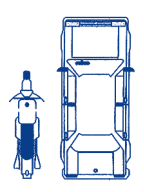


DECLARACIÓN DE ACCIDENTE CON CONTRARIO

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"/> Riesgo Catastrófico	Firma Declaración Amistosa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Sin Contrario		

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

DATOS DEL ASEGURADO		CIRCUNSTANCIAS		DATOS DEL CONTRARIO																																																																													
<p>DATOS DEL ASEGURADO (A)</p> Nombre: _____ 1º Apellido: _____ 2º Apellido: _____ NIF: _____ F/. Exp. Carnet Conducir: _____		<p>Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis</p> <table border="1"> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Estaba estacionado/parado</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>Salía de un estacionamiento/abriendo puerta</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Iba a estacionar</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></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>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td>Entraba a una plaza de sentido giratorio</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td>Circulaba por una plaza de sentido giratorio</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td>Colisioné en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td>Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10</td> <td>Cambiaba de carril</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11</td> <td>Adelantaba</td> <td>11</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12</td> <td>Giraba a la derecha</td> <td>12</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13</td> <td>Giraba a la izquierda</td> <td>13</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14</td> <td>Daba marcha atrás</td> <td>14</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15</td> <td>Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso</td> <td>15</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16</td> <td>Venía de la derecha (en un cruce)</td> <td>16</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17</td> <td>No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo</td> <td>17</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Indicar número de casillas</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		A		B		<input type="checkbox"/> 1	Estaba estacionado/parado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	Iba a estacionar	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6	Entraba a una plaza de sentido giratorio	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7	Circulaba por una plaza de sentido giratorio	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	Colisioné en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9	Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10	Cambiaba de carril	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11	Adelantaba	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12	Giraba a la derecha	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13	Giraba a la izquierda	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14	Daba marcha atrás	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15	Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16	Venía de la derecha (en un cruce)	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17	No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar número de casillas		<input type="checkbox"/>	<p>DATOS DEL CONTRARIO (B)</p> Nombre: _____ Apellidos: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Teléfono/Móvil: _____	
A		B																																																																															
<input type="checkbox"/> 1	Estaba estacionado/parado	1	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 2	Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	2	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 3	Iba a estacionar	3	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 4	Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	4	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 5	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 6	Entraba a una plaza de sentido giratorio	6	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 7	Circulaba por una plaza de sentido giratorio	7	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 8	Colisioné en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 9	Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	9	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 10	Cambiaba de carril	10	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 11	Adelantaba	11	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 12	Giraba a la derecha	12	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 13	Giraba a la izquierda	13	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 14	Daba marcha atrás	14	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 15	Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 16	Venía de la derecha (en un cruce)	16	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/> 17	No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	17	<input type="checkbox"/>																																																																														
<input type="checkbox"/>	Indicar número de casillas		<input type="checkbox"/>																																																																														
<p>DATOS DEL VEHÍCULO (A)</p> Matrícula: _____ Marca y Modelo: _____ Color: _____ Aseguradora: <input type="checkbox"/> MUTUA MADRILEÑA Señale la que proceda Póliza: _____		<p>DATOS DEL VEHÍCULO (B)</p> Matrícula: _____ Marca y Modelo: _____ Color: _____ Aseguradora: _____ Póliza: _____																																																																															
<p>DATOS DEL CONDUCTOR (A)</p> Nombre: _____ Apellidos: _____ Teléfono/Móvil: _____ NIF: _____ Edad: _____ Relación Asegurado: _____ F/. Exp. Carnet Conducir: _____		<p>DATOS DEL CONDUCTOR (B)</p> Nombre: _____ Apellidos: _____ Teléfono/Móvil: _____ NIF: _____ Edad: _____ Relación Asegurado: _____ F/. Exp. Carnet Conducir: _____																																																																															
<p>DAÑOS DEL VEHÍCULO (A)</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> 																						<p>DAÑOS DEL VEHÍCULO (B)</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> 																																																											

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

FIRMA DEL CONDUCTOR VEHÍCULO A

FIRMA DEL CONDUCTOR VEHÍCULO B

DATOS DEL CONTRARIO (C)		DATOS DEL CONTRARIO (D)	
Nombre:		Nombre:	
Apellidos:		Apellidos:	
Domicilio/Ciudad:		Domicilio/Ciudad:	
Teléfono/Móvil:		Teléfono/Móvil:	
Matrícula:		Matrícula:	
Marca y Modelo:		Marca y Modelo:	
Aseguradora:		Aseguradora:	
Póliza:		Póliza:	
Daños Vehículo:		Daños Vehículo:	
¿Se realizó prueba de alcoholemia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		POSITIVA <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D NEGATIVA <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	

OBSERVACIONES DE INTERÉS O DATOS DE DAÑOS OCASIONADOS A TERCEROS, ANIMALES O COSAS DISTINTAS A VEHÍCULOS:

Taller de Reparación: (domicilio y teléfono):	Datos de Contacto del Asegurado:
	Teléfono:
	Móvil:
Ha utilizado el Servicio Grúa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	E-mail:

LESIONADOS DATOS DEL VEHÍCULO (A)					
Nombre	Domicilio	Edad	Pronóstico	Relación con el Asegurado	Relación con el Conductor
1					
2					
3					
4					
Centro Asistencial que ha intervenido:		Ciudad:		Provincia:	

LESIONADOS DATOS DE LOS VEHÍCULOS CONTRARIOS (B) - (C) - (D)										
Nombre	Domicilio	Edad	Pronóstico	Teléfono	Ocupante B C D			Ocupante B C D		
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peatón/es				Teléfonos contacto lesionados						
1										
2										
Centro Asistencial que ha intervenido:				Ciudad:		Provincia:				

Ocupantes del vehículo asegurado (nombre y domicilio):			
Testigos (nombre y domicilio):			
Si intervino en el hecho algún Agente de la Autoridad (cuerpo al que pertenece, nombre y número):			
Número Atestado o Diligencia:			
¿Pasaron las Actuaciones al Juzgado de Guardia?	¿A cuál?	Ciudad	Provincia

En a de de 20.....

El Asegurado (*)

TE EXPLICAMOS COMO TRATAREMOS TUS DATOS. ES IMPORTANTE QUE LO LEAS.
 INFORMACION BÁSICA. QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO. En función de la entidad aseguradora con la que haya contratado su seguro podrán ser responsables de los datos: Mutua Madrileña Automovilista, SSPF, (en adelante, MM), Autoclub Mutua Madrileña S.L.U. (en adelante ACM). FINALIDAD PRINCIPAL PARA LA QUE USAREMOS SUS DATOS: Para la gestión y tramitación del siniestro declarado. A QUIÉN SE VAN A COMUNICAR LOS DATOS: No se van a ceder tus datos a terceros, salvo obligación legal o interés legítimo. BASE LEGAL POR LA QUE TRATAMOS TUS DATOS: Los productos y servicios que solicitas y contratas. En cumplimiento de la Ley. El interés legítimo de MM y ACM. CUÁLES SON TUS DERECHOS. Tú eres el propietario de tus datos y tú decides sobre ellos, por ello, en cualquier momento puedes acceder, rectificar y suprimir tus datos, así como otros derechos que te explicamos en la "información adicional". PUEDES CONSULTAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL Y DETALLADA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS EN LA WEB: WWW.MUTUA.ES