

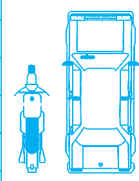
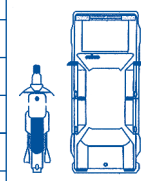


DECLARACIÓN DE ACCIDENTE CON CONTRARIO

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

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

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

DATOS DEL CONTRARIO (D)
Nombre:
Apellidos:
Domicilio/Ciudad:
Teléfono/Móvil:
Matrícula:
Marca y Modelo:
Aseguradora:
Póliza:
Daños Vehículo:
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 (*)

(*) Imprescindible, sello y firma del representante si es Entidad Jurídica

Consiente expresamente que todos los datos personales que nos facilite, y los posteriores que se recaben como consecuencia del siniestro, incluidos en ambos casos datos de salud, ya sean recabados directamente de Usted, su representante legal, o de un tercero, serán incorporados en un fichero, responsabilidad de su entidad aseguradora. En caso de ser asegurado en Mutua Madrileña los datos del responsable son: Mutua Madrileña Automovilista Sociedad de Seguros a Prima Fija, en adelante "MM", con número de NIF V28027118. En caso de estar asegurado en Globalis los datos del responsable son: MM Globalis, S.A.U. de Seguros y Reaseguros, en adelante "Globalis", con número de NIF A-85669604. Ambas entidades tienen su domicilio social en Madrid, Paseo de la Castellana 33, 28046. La finalidad del tratamiento que será realizada por su entidad aseguradora será la de tramitar el siniestro declarado. Todos los campos, en su caso, son obligatorios para la adecuada gestión y tramitación del siniestro. Los citados datos, incluidos los de salud, podrán ser remitidos a terceros que deban intervenir en la gestión y tramitación del siniestro, y únicamente con dicha finalidad, tales como compañías de reaseguro o coaseguro (gestión del contrato de reaseguro o coaseguro con terceras entidades aseguradoras o reaseguradoras). Si Usted es asegurado de "MM" podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a "MM", Dpto. de Atención al Mutualista, al Asegurado y al Cliente del Grupo Mutua Madrileña, calle Fortuny número 18 (28010, Madrid). En caso de ser asegurado de "Globalis" podrá ejercitar los indicados derechos mediante escrito dirigido a "Globalis", Dpto. de Atención al Asegurado y al Cliente del Grupo Mutua Madrileña, calle Fortuny número 18 (28010, Madrid). En ambos casos lo podrá realizar llamando al siguiente número de teléfono gratuito 900 102 711.