



# Declaración amistosa de accidente

Spanish

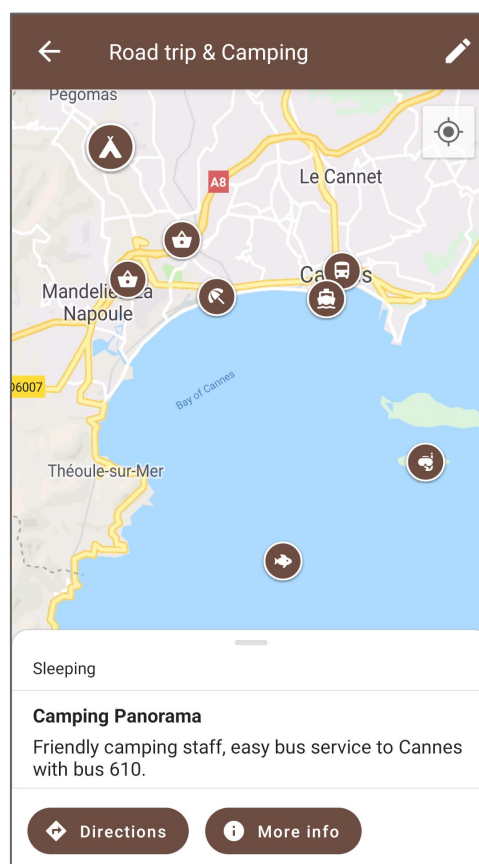
[www.cartraveldocs.com](http://www.cartraveldocs.com)



We like to share with you two free Android apps to make your holiday stress free and more fun.

**Spaceitup** - Save all your holiday locations with Spaceitup and never forget where they were.

For example, you can save the location of the camping, supermarket, and parking place near the beach and drive there every time without getting lost.



**Sea Life** - Are you a young explorer eager to dive down to the mystical underwater world and play with lots of cute sea animals? Then this is the perfect app for you !! Sea Life contains 3 games for children ages 1 - 7.

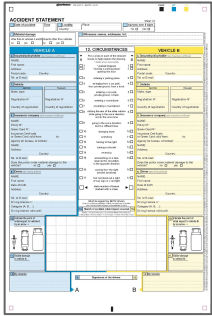




# Instructions

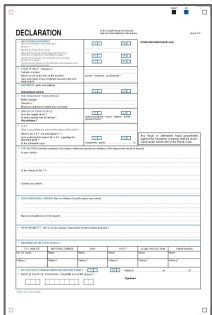
Spanish

[www.cartraveldocs.com](http://www.cartraveldocs.com) 

The form is titled 'ACCIDENT STATEMENT' and is divided into two main columns, A and B, for two different parties involved in an accident. Each column contains various fields for personal information, vehicle details, and a section for 'My remarks'. There are also checkboxes for 'I agree' and 'I disagree' at the bottom of each column.

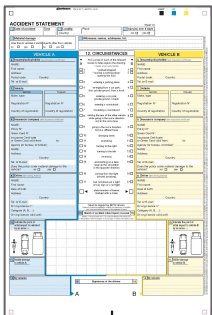
## First Accident Statement page

You fill in your details in one column, if another party is involved with the accident they fill in the other column. If you don't agree with the other party you mention this in the "My remarks" section. Both sign this page and you send it to your insurance company.

The form is titled 'DECLARATION' and contains several sections for providing a statement. It includes fields for 'I declare that...', 'I certify that...', and 'I confirm that...'. There are also checkboxes for 'I agree' and 'I disagree' at the bottom.

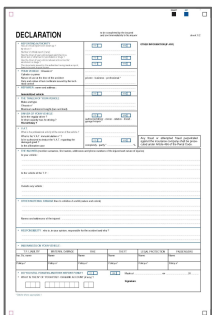
## First Declaration page

Fill in this page as soon as possible, You sign this page at the bottom and send it to your insurance company.

This form is identical to the first 'ACCIDENT STATEMENT' form, designed for the second party involved in the accident to provide their details and remarks.

## Second Accident Statement page

If another party is involved in the accident, you and the other party must fill in this page exactly the same as the first page. If you don't agree with the other party you mention this in the "My remarks" section. You must both sign this page. The other party keeps this page and send it to their insurance company.

This form is identical to the first 'DECLARATION' form, designed for the second party to provide their statement and confirmation.

## Second Declaration page

The other party must fill in this page as soon as possible. They sign this page at the bottom and send it to their insurance company.

## DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

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

#### 4 Daños materiales

Vehículos distintos de A y B		objetos distintos al vehículo	
no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>

5 Testigos: nombre, dirección, tel. ....

<h2 style="margin: 0;">Vehículo A</h2>	
<b>6</b>	<b>Asegurado</b> (véase póliza de seguro)
NOMBRE: .....	
Apellidos: .....	
Dirección: .....	
Código Postal: ..... País: .....	
Tel. o E-mail: .....	
<b>7</b> <u><b>Vehículo</b></u>	

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo .....	
Matrícula (o bastidor) .....	Matrícula (o bastidor) .....
País de matrícula .....	País de matrícula .....

## 12. CIRCUNSTANCIAS

↓ A	Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis	↓ B
	<i>*tachar las circunstancias no válidas</i>	
<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	Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6	Entrada 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	Colisionó 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	Invasión 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 marcadas	→ <input type="checkbox"/>

Vehículo B	
<b>6 Asegurado</b> (véase póliza de seguro)	
NOMBRE: .....	
Apellidos: .....	
Dirección: .....	
Código Postal: .....País: .....	
Tel. o E-mail: .....	
<b>7 Vehículo</b>	
VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo .....	Matrícula (o bastidor) ..... País de matrícula .....
Matrícula (o bastidor) .....	
País de matrícula .....	
<b>8 Aseguradora</b> (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"/> sí <input type="checkbox"/>	
<b>9 Conductor</b> (ver permiso de conducir)	
NOMBRE: .....	
Apellidos: .....	
Fecha de nacimiento: .....	
Dirección: .....	
.....País: .....	
Tel. o E-mail: .....	
Permiso de conducir n.º: .....	
Categoría (A, B, .....): .....	
Permiso válido hasta: .....	

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha ➡



11 Daños apreciados al vehículo A

.....

.....

.....

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha ➡



11 Daños apreciados al vehículo B

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14	Observaciones

15	Firma de los conductores	15
----	--------------------------	----

14	Observaciones

Tiene póliza de ocupantes SI NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

16. NOMBRE DEL ASEGURADO:

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI NO

POLICÍA QUE HA INTERVENIDO:

19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

TIPO USO COLOR

MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS

LUGAR HABITUAL DE GARAJE:

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESIÓN TFNO.

ANTIGÜEDAD CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI NO

EL CONDUCTOR ES HABITUAL SI NO

ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO SI NO

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO

21. PERITACIÓN:

VEHÍCULO ASEGURADO: Color Taller en que será reparado

VEHICULO CONTRARIO: Color Taller en que será reparado

OTROS DATOS:

22. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES: (Además del A y B)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE		
APELLIDOS		
MARCA		
MODELO		
MATRÍCULA		
ASEGURADORA		
N.º DE PÓLIZA		
DAÑOS VISIBLES		

23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES:

24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VÍCTIMAS: (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE		
APELLIDOS		
DIRECCIÓN		
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD ESTADO CIVIL	EDAD ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN SEXO	PROFESIÓN SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR		
PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI NO	SI NO
	PEATÓN	PEATÓN
CONDICIÓN DE LA VICTIMA	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D
	OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES		
CENTRO ASISTENCIAL		
	En a de de	
		FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES:

## DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Victima(s) incluso leve(s)
		País		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

**4 Daños materiales**

Vehículos distintos de A y B		objetos distintos al vehículo	
no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>

5 Testigos: nombre, dirección, tel. ....

Vehículo A	
6	Asegurado (véase póliza de seguro)
NOMBRE: .....	
Apellidos: .....	
Dirección: .....	
Código Postal: .....	País: .....
Tel. o E-mail: .....	

7 Vehículo	
VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo	
Matrícula (o bastidor)	Matrícula (o bastidor)
País de matrícula	País de matrícula

**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 ☐ sí ☐

**9. Conductor** (ver permiso de conducir)

NOMBRE: .....

Apellidos: .....

Fecha de nacimiento: .....

Dirección: .....

..... País: .....

Tel. o E-mail: .....

Permiso de conducir n.º: .....

Categoría (A, B, .....): .....

Permiso válido hasta: .....

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →

11 Daños apreciados  
al vehículo A

14	Observaciones

## 12. CIRCUNSTANCIAS

↓ A	Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis	↓ B
	<i>*tachar las circunstancias no válidas</i>	
<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	Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6	Entrada 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	Colisionó 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	Invasión 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 marcadas	→ <input type="checkbox"/>

**La firma de ambos conductores es obligatoria**  
*No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación.*

**13** Croquis del Accidente (en el momento de la colisión) **13**

*Precisar: 1. situación, 2. dirección por flechas de los vehículos A, B - 3. su posición en el momento de la colisión, 4. señales de tráfico - 5. nombre de las calles (o carreteras)*

Vehículo B	
6	<b>Asegurado</b> (véase póliza de seguro)
NOMBRE: .....	
Apellidos: .....	
Dirección: .....	
Código Postal: .....País: .....	
Tel. o E-mail: .....	

7 Vehículo	
VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo	
Matrícula (o bastidor)	Matrícula (o bastidor)
País de matrícula	País de matrícula

**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 ☐ sí ☐

**9** Conductor (ver permiso de conducir)

NOMBRE: .....

Apellidos: .....

Fecha de nacimiento: .....

Dirección: .....

.....País: .....

Tel. o E-mail: .....

Permiso de conducir n.º: .....

Categoría (A, B, .....): .....

Permiso válido hasta: .....

10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha →

[illegible]

15	14 Observaciones
	.....
	.....
	.....

Tiene póliza de ocupantes SI NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

16. NOMBRE DEL ASEGURADO:

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: SI NO

POLICÍA QUE HA INTERVENIDO:

19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

TIPO USO COLOR

MERCANCÍA: PROPIA O DE TERCEROS

LUGAR HABITUAL DE GARAJE:

20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESIÓN TFNO.

ANTIGÜEDAD CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI NO

EL CONDUCTOR ES HABITUAL SI NO

ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO SI NO

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO

21. PERITACIÓN:

VEHÍCULO ASEGURADO: Color Taller en que será reparado

VEHICULO CONTRARIO: Color Taller en que será reparado

OTROS DATOS:

22. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES: (Además del A y B)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE		
APELLIDOS		
MARCA		
MODELO		
MATRÍCULA		
ASEGURADORA		
N.º DE PÓLIZA		
DAÑOS VISIBLES		

23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES:

24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VÍCTIMAS: (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE		
APELLIDOS		
DIRECCIÓN		
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD ESTADO CIVIL	EDAD ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN SEXO	PROFESIÓN SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR		
PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI NO	SI NO
	PEATÓN	PEATÓN
CONDICIÓN DE LA VICTIMA	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D	CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D
	OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES		
CENTRO ASISTENCIAL		
	En a de de	
		FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES: