



**MUTUA
SEGORBINA**

de Seguros a Prima Fija



FUNDADA EN 1934

Plaza General Giménez Salas, 2

Teléfono 964 713 636

12400 **SEGORBE** (Castellón)

DECLARACION DE ACCIDENTE

SEGURO DE AUTOMÓVILES

ES IMPRESCINDIBLE LA
PRESENTACIÓN DEL ÚLTIMO
RECIBO DE PRIMA PARA LA
DEBIDA TRAMITACIÓN DEL
EXPEDIENTE

SINIESTRO N.º

FECHA: Día de de		LUGAR: Calle o plaza núm.		
Hora	Casco urbano Carretera	<input type="checkbox"/> Término municipal <input type="checkbox"/>	Partido Judicial	Provincia
RECIBOS CORRIENTE DE PAGO		<input type="checkbox"/>		

VEHICULO ASEGURADO

Recibida el

VEHICULO CONTRARIO

PROPIETARIO O TOMADOR

Nombre y apellidos

Domicilio

D.N.I.

Teléfono

DATOS DEL VEHÍCULO

Núm. de matrícula

Color del vehículo

Clase, marca y tipo

MUTUA SEGORBINA DE SEGUROS
S.V.A. S.O.A. OCUPANTES

ASEGURADORA

Núm. de póliza o certificado

Letra y núm. de Carta Verde

CONDUCTOR

Nombre y apellidos

Domicilio

Núm. permiso de conducir

Expedido en

Fecha y categoría

Edad

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

.....

.....

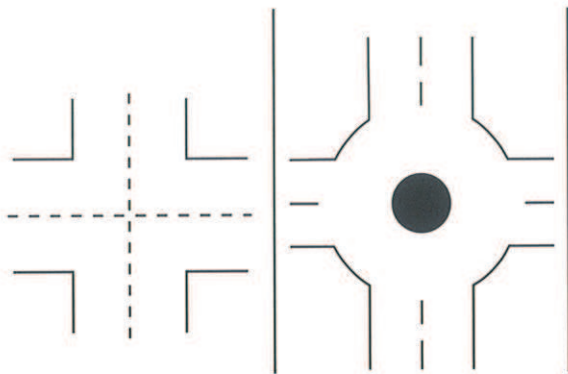
.....

.....

A JUICIO DEL ASEGURADO, ¿QUIEN FUE CULPABLE Y POR QUE?

DAÑOS MATERIALES	
ASEGURADO	CONTRARIO
 <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TALLER REPARADOR</p>	 <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TALLER REPARADOR</p>

GRÁFICO DEL SINIESTRO



b) Testigos que han presenciado el accidente:	b) D. Domicilio D. Domicilio
---	---

CASO DE LESIONES

a) Persona o personas lesionadas	1.º Nombre Domicilio 2.º Nombre Domicilio 3.º Nombre Domicilio
b) Clase de lesiones	1.º 2.º 3.º
c) Caso de muerte o muertes	1.º Edad años Sexo Estado civil 2.º Edad años Sexo Estado civil 3.º Edad años Sexo Estado civil
d) Médico que presta asistencia o centro quirúrgico si están hospitalizados	Nombre
e) Relación de los lesionados con asegurado o conductor
f) ¿Eran transportados en vehículo asegurado o contrato?
g) ¿Tiene póliza de ocupantes?
a) Si ha intervenido alguna autoridad, indíquese nombre, apellidos y cuerpo Número
b) ¿Se ha dado parte al juzgado?	Juzgado Instr. de Número Juzgado Municipal de Número
a) Caso de daños a cosas o animales, indíquese el nombre del propietario	D. Domicilio

OBSERVACIONES e indicaciones que estime oportuno consignar el Asegurado

.....

.....

.....

..... a de de 200

Firma del Asegurado,

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		País		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
4 Daños materiales		5 Testigos: nombre, dirección, tel.		
Vehículos distintos de A y B			
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> objetos distintos al vehículo		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		

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:

12. CIRCUNSTANCIAS

↓		↓
A	Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis	B
<small>*Tachar las circunstancias no válidas</small>		
<input type="checkbox"/> 1	*Estaba estacionado/parado	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*Salía de un estacionamiento/abriendo puerta	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	Iba a estacionar	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	Entraba a una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	Circulaba por una plaza de sentido giratorio	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	Cambiaba de carril	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	Adelantaba	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	Giraba a la derecha	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	Giraba a la izquierda	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	Daba marcha atrás	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	Invaldió la parte reservada a la circulación en sentido inverso	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	Venía de la derecha (en un cruce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	<input type="checkbox"/> 17
<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

Previsar: 1, situar sin; 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 si corresponde

Vehículo B

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 una flecha →

11 Daños apreciados al vehículo A:

.....

.....

10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha →

11 Daños apreciados al vehículo B:

.....

.....

14 Observaciones:

.....

.....

<p>14 Observaciones:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>15 Firma de los conductores 15</p>	<p>14 Observaciones:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---------------------------------------	---

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradoras con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda ser lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, así como las causas de comunidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden consultar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

declaración:

a complementar por el asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

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

ES EL CONDUCTOR 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

VEHÍCULO ASEGURADO: 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

PROFESIÓN Y SEXO

PARENTESCO CON EL CONDUCTOR

PARENTESCO CON EL ASEGURADO

ASALARIADO DEL ASEGURADO

CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES

CENTRO ASISTENCIAL

EDAD ESTADO CIVIL

PROFESIÓN SEXO

SI NO

{ PEATÓN

{ CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D

{ OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D

EDAD ESTADO CIVIL

PROFESIÓN SEXO

SI NO

{ PEATÓN

{ CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D

{ OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D

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:

Modo de empleo del parte Europeo de Accidente

Este Parte es conforme al modelo aceptado por el Comité Europeo de Seguros (CEA)

Debe utilizarse en todos los accidentes de automóvil

¿Que hacer en caso de accidente?

Si hay heridos:

- Si la gravedad de las lesiones lo justifica, llame a los servicios de ayuda y policía.
- Anote el nombre, apellidos, dirección y teléfono de las personas heridas antes de su partida.

Si únicamente hay daños materiales:

- Presentar espontáneamente su póliza de seguro y permiso de conducir, y rellenar tranquilamente, con el otro conductor, **un sólo Parte Europeo de Accidente**.
- Si Vd. dificulta el tráfico rodado, el Código de la Circulación impone desplazar los vehículos tan rápidamente como sea posible.
- Llame a la policía si Vd. estima que en ello va su interés, o en caso de que el otro conductor rehuse colaborar.
- Unas fotos son siempre útiles.

¿Cómo rellenar este Parte de Accidente?

- En el lugar del accidente:

1. Utilice un sólo parte cuando sean únicamente dos los vehículos implicados (2 para 3 vehículos, etc...). **Poco importa quien lo suministre o quien lo rellene**. Emplee preferentemente un bolígrafo y apoye fuerte, la copia será más legible.
2. **No olvide al rellenarlo:**
 - a) En los apartados 6 y 8, copiar los datos de ambas pólizas (o cartas verdes).
 - b) En el apartado 9, comprobar los permisos de conducir.
 - c) En el apartado 10, indicar con precisión el punto de choque inicial.
 - d) En el apartado 12, poner un aspa (x) en las casillas que proceda, indicando así las circunstancias del accidente e incluso al final el n.º de casillas marcadas en cada columna.
 - e) Hacer un croquis del accidente (apartado 13).

3. Si existen testigos del accidente, escriba sus nombres, apellidos y direcciones, sobre todo en el caso de dificultades con el otro conductor.

4. **Firme y haga firmar el Parte por el otro conductor**. Entréguele, uno de los ejemplares y conserve el otro.

En su casa:

- Complete los datos de los cuales tiene necesidad su Asegurador, rellenando la **Declaración de Accidente** al dorso del Parte.
- No olvide precisar donde estará su vehículo para que el perito pueda examinar los daños lo antes posible.
- No altere en ningún caso los datos ya consignados en la primera página del parte.
- Transmita este documento sin demora a su Asegurador.

Casos particulares:

- Si el otro conductor está en posesión igualmente de un formulario conforme al modelo aceptado por el Comité Europeo de Seguros, pero redactado en una lengua diferente, compruebe que sea idéntico al suyo, y así Vd. podrá seguir la traducción de apartado en apartado (están numerados a tal efecto), sobre su propio parte.

Parte Europeo de Accidente

no nos enfademos
seamos corteses
tengamos calma

LLEVE SIEMPRE EN SU VEHÍCULO PARTES EN BLANCO