

declaración: a cumplimentar 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 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)

	VÍCTIMA 1	VÍCTIMA 2	VÍCTIMA 3
NOMBRE			
APELLIDOS			
DIRECCIÓN			
EDAD Y ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL
PROFESIÓN Y SEXO	PROFESIÓN SEXO	PROFESIÓN SEXO	PROFESIÓN SEXO
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR			
PARENTESCO CON EL ASEGURADO			
ASALARIADO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR 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

.....
.....
.....
.....
.....