Modo de empleo del parte Europeo de Accidente

Este Parte es conforme al modelo aceptado por Insurance Europe (I.E.)

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.

¿Como 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 Insurance Europe, 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.

LLEVE SIEMPRE EN SU VEHICULO PARTES EN BLANCO

Copyright 2001 By (I.E.)

Prohibida su reproducción sin autorización previa escrita de I.E. (Insurance Europe), titular de los derechos de autor. Toda alteración o modificación, sin autorización previa de I.E., será perseguida.

Parte Europeo de Accidente

no nos enfademos

seamos corteses

tengamos calma

instrucciones al dorso

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1 Fecha del Accidente | Hora

2 Localización | Lugar ..... | País .....

3 Victima(s) incluso leve(s) no ☐ si ☐

4 Daños materiales
Vehículos distintos de A y B no ☐ si ☐ | objetos distintos al vehiculo no ☐ si ☐

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 ☐ si ☐

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 ** tachar las circunstancias no válidas*	B
☐ 1	* Estaba estacionado/parado	1 ☐
☐ 2	*Salía de un estacionamiento/ abriendo puerta	2 ☐
☐ 3	Iba a estacionar	3 ☐
☐ 4	Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra	4 ☐
☐ 5	Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5 ☐
☐ 6	Entraba a una plaza de sentido giratorio	6 ☐
☐ 7	Circulaba por una plaza de sentido giratorio	7 ☐
☐ 8	Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8 ☐
☐ 9	Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	9 ☐
☐ 10	Cambiaba de carril	10 ☐
☐ 11	Adelantaba	11 ☐
☐ 12	Giraba a la derecha	12 ☐
☐ 13	Giraba a la izquierda	13 ☐
☐ 14	Daba marcha atrás	14 ☐
☐ 15	Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15 ☐
☐ 16	Venía de la derecha (en un cruce)	16 ☐
☐ 17	No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo	17 ☐
☐ ←	indicar número de casillas marcadas	→ ☐

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 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.....

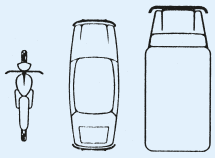
8 Aseguradora (véase póliza de seguro)

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 ☐ si ☐

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 →
Solo para la versión impresa



Solo para la versión impresa

10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha →
Solo para la versión impresa

11 Daños apreciados al vehículo A:
.....

11 Daños apreciados al vehículo B:
.....

14 Observaciones:
.....

15 Firma de los conductores **15**

A

B

14 Observaciones:
.....

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 tener lugar como consecuencia del siniestro que motiva la Declaración, ante las cuales, de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales, pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión.

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**)

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 ☐
CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	PEATÓN ☐ CONDUCTOR DEL VEHÍCULO A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO A B C D	PEATÓN ☐ 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 .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....