

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

¿Qué 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 rehusa colaborar.

Unas fotos son siempre útiles.

¿Cómo rellenar este Parte de Accidente?

En el lugar del accidente:

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.

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).

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

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.

Asos 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.

LLEVE SIEMPRE EN SU VEHICULO PARTES EN BLANCO

Parte Europeo de Accidente

no nos enfademos

seamos corteses

tengamos calma

instrucciones al dorso

DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

1/2

1 Fecha del Accidente	Hora	2 Localización	Lugar	3 Víctima(s) incluso leve(s)
		País		no ☐ sí ☐

4 Daños materiales
Vehículos distintos de A y B
no ☐ sí ☐
objetos distintos al vehículo
no ☐ sí ☐

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
Marca, modelo
Matrícula (o bastidor)
País de matrícula
REMOLQUE
Matrícula (o bastidor)
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 ☐

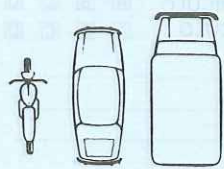
9 Conductor (ver permiso de conducir)
NOMBRE:
Apellidos:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
País:
Tel. o E-mail:
Permiso de conducir n.º
Categoría (A,B,.....):
Permiso válido hasta:

12. CIRCUNSTANCIAS

↓ A	Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis * 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	Invasión 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)

10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha →


11 Daños apreciados al vehículo A:

14 Observaciones:

15 Firma de los conductores 15

A

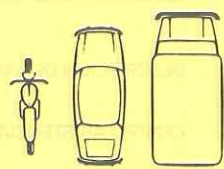
B

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

7 Vehículo
VEHÍCULO A MOTOR
Marca, modelo
Matrícula (o bastidor)
País de matrícula
REMOLQUE
Matrícula (o bastidor)
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 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 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

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

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

OCUPANTE DEL VEHÍCULO

A B C D

A B C D

EDAD ESTADO CIVIL

PROFESIÓN SEXO

SI ☐ NO ☐

PEATÓN ☐

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

OCUPANTE DEL VEHÍCULO

A B C D

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