

Modo de empleo del parte Europeo de Accidente

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

Debe utilizarse en todos los accidentes de automóvil

¿é hacer en caso de accidente?

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.

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.

¿mo rellenar este Parte de Accidente?

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:

- En los apartados 6 y 8, copiar los datos de ambas pólizas (o cartas verdes).
- En el apartado 9, comprobar los permisos de conducir.
- En el apartado 10, indicar con precisión el punto de choque inicial.
- 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.
- 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. Entréguale uno de los ejemplares y conserve el otro.

¡ su casa:

Complete los datos de los cuales tiene necesidad su Asegurador, rellenando la **Declaración de Accidente** al dorso del Parte.

No olvide precisar dónde estará su vehículo para que el perito pueda examinar los daños lo antes posible.

No atierre en ningún caso los datos ya consignados en la primera página del parte. Transmítala este documento sin demora a su Asegurador.

¡sos 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 VEHÍCULO PARTES EN BLANCO

Parte Europeo de Accidente

no nos enfademos
seamos corteses
tenemos calma

Instrucciones al dorso

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: _____

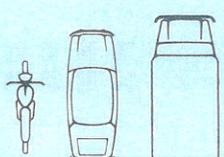
Tel. o E-mail: _____

Permiso de conducir n.º _____

Categoría (A, B,): _____

Permiso válido hasta: _____

10 Indicar el punto de choque inicial con una flecha →



11 Daños apreciados al vehículo A:

14 Observaciones:

12. CIRCUNSTANCIAS

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

**tachar las circunstancias no válidas*

↓ A		↓ B
<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	Invadía 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

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)

15 Firma de los conductores **15**

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 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 motivó 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 Sí NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

16. NOMBRE DEL ASEGURADO:

17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES: Sí 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 Sí NO

ES EL CONDUCTOR HABITUAL Sí NO

ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO Sí 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)

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