



Rellenar el siguiente formulario y enviar por e-mail.
Es obligatorio tener el impreso original debidamente cumplimentado y firmado por ambos conductores y enviarlo a:

POLIZA GLOBAL, SLU
C/ HERMANOS JIMENEZ, 14 Bº
02004 - ALBACETE

Imprescindible rellenar estos campos para la tramitación del parte

D.N.I.

Teléfono de contacto

Declaración amistosa de accidente de automóvil

1.Fecha Accidente	Hora Accidente	2.Lugar (población, calle o carretera,etc.)	3.Victimias

4.Daños materiales distintos a los vehículos A y B (SI o NO)

5.Testigos. Nombre,Dirección y Teléfono
Precisar cuando se trate de ocupantes si son del A o del B

Vehículo A			12.Circunstancias. Poner un aspa (X) en cada casilla que proceda		Vehículo B	
6.Asegurado (Véase póliza de Seguro)		A		B	6.Asegurado (Véase póliza de Seguro)	
Nombre y Apellidos		<input type="checkbox"/>	1 Estaba estacionado	1 <input type="checkbox"/>	Nombre y Apellidos	
Dirección		<input type="checkbox"/>	2 Salía de un estacionamiento	2 <input type="checkbox"/>	Dirección	
Localidad		<input type="checkbox"/>	3 Iba a estacionar	3 <input type="checkbox"/>	Localidad	
Teléfono		<input type="checkbox"/>	4 Salía de un aparcamiento,de un lugar privado, de un camino de tierra	4 <input type="checkbox"/>	Teléfono	
7.Vehículo		<input type="checkbox"/>	5 Entraba a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra	5 <input type="checkbox"/>	7.Vehículo	
Marca y Modelo		<input type="checkbox"/>	6 Entraba en una plaza de sentido giratorio	6 <input type="checkbox"/>	Marca y Modelo	
Matrícula		<input type="checkbox"/>	7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio	7 <input type="checkbox"/>	Matrícula	
8.Aseguradora		<input type="checkbox"/>	8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril	8 <input type="checkbox"/>	8.Aseguradora	
Nº de Póliza		<input type="checkbox"/>	9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente	9 <input type="checkbox"/>	Nº de Póliza	
Nº de Carta Verde		<input type="checkbox"/>	10 Cambiaba de carril	10 <input type="checkbox"/>	Nº de Carta Verde	
Validez hasta		<input type="checkbox"/>	11 Adelantaba	11 <input type="checkbox"/>	Validez hasta	
¿Cubre daños propios? (SI o NO)		<input type="checkbox"/>	12 Giraba a la derecha	12 <input type="checkbox"/>	¿Cubre daños propios? (SI o NO)	
9.Conductor permiso de conducir		(Ver <input type="checkbox"/>	13 Giraba a la izquierda	13 <input type="checkbox"/>	9.Conductor permiso de conducir	
Nombre		<input type="checkbox"/>	14 Daba marcha atrás	14 <input type="checkbox"/>	Nombre	
Dirección		<input type="checkbox"/>	15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso	15 <input type="checkbox"/>	Dirección	
Permiso de Conducir Nº		<input type="checkbox"/>	16 Venía de la derecha (en un cruce)	16 <input type="checkbox"/>	Permiso de Conducir Nº	
Categoría (A, B,...)		<input type="checkbox"/>	17 No respetó la señal de preferencia	17 <input type="checkbox"/>	Categoría (A, B,...)	
Fecha Expedición			Indicar nº de casillas marcadas		Fecha Expedición	

Daños apreciados

Daños apreciados

Observaciones	Observaciones

Descripcion del accidente

Otros vehículos intervinientes	
Vehículo C	Vehículo D
Marca	Marca
Modelo	Modelo
Matricula	Matricula
Aseguradora	Aseguradora
Nº Póliza	Nº Póliza
Daños Visibles	Daños Visibles

Daños a las personas. Victimas					
Víctima 1			Víctima 2		
Nombre			Nombre		
Dirección			Dirección		
Edad	Sexo	Peatón (SI o NO)	Edad	Sexo	Peatón (SI o NO)
Conductor vehículo A, B, C, o D		Ocupante del vehículo A, B, C o D		Conductor del vehículo A, B, C o D	
Descripción de las lesiones			Descripción de las lesiones		
Centro Asistencial			Centro Asistencial		

Enviar por E-mail