

**declaración:** a cumplimentar por el Asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

DECLARACIÓN

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)

|                     | VEHICULO C | VEHICULO D |
|---------------------|------------|------------|
| NOMBRE.....         | .....      | .....      |
| APELLIDOS.....      | .....      | .....      |
| MARCA.....          | .....      | .....      |
| MODELO.....         | .....      | .....      |
| MATRICULA.....      | .....      | .....      |
| ASEGURADORA.....    | .....      | .....      |
| N.º DE POLIZA.....  | .....      | .....      |
| 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 <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.....    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA.....     | { PEATÓN <input type="checkbox"/><br>CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D<br>OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D | { PEATÓN <input type="checkbox"/><br>CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D<br>OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D |
| DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES..... | .....  | .....  |
| CENTRO ASISTENCIAL.....          | .....  | .....  |

En ..... a ..... de ..... FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

25. OBSERVACIONES

.....