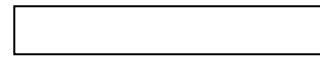


# declaración:

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. DATO 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.....	.....	.....
Nº. 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 .....