

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE CON CONTRARIO**

**CLASE DE ACCIDENTE**

Colisión entre vehículos       Incendio       Atropello      Hubo lesionados o heridos  SÍ  NO  
 Colisión múltiple       Riesgo catastrófico       Vuelco o salida carretera      Fismo declaración amistosa  SÍ  NO  
 Colisión animales o cosas

FECHA DEL ACCIDENTE			HORA	CALLE O LUGAR	CIUDAD	PROVINCIA
Día	Mes	Año				

**DATOS DEL ASEGURADO M.M.: (A)**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONTRARIO: (B)**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL VEHÍCULO A:**

Matrícula:   
 Marca y modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
 Aseguradora: **MUTUA MADRILEÑA**  
 N.º Póliza

**DATOS DEL VEHÍCULO B:**

Matrícula:   
 Marca y modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
 Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 N.º Póliza

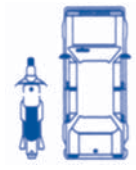
**DATOS DEL CONDUCTOR A**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha 1ª expedición carnet conducir: \_\_\_\_\_  
 Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONDUCTOR B**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha 1ª expedición carnet conducir: \_\_\_\_\_  
 Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**DAÑOS VEHÍCULO ASEGURADO (A)**



**DAÑOS VEHÍCULO CONTRARIO (B)**



Taller reparación \_\_\_\_\_

¿Se realizó prueba de alcoholemia? SÍ  NO  POSITIVA A  B  NEGATIVA A  B

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

**GRÁFICO DEL ACCIDENTE**

Si existe alguna señal de STOP o CEDA EL PASO, diga a favor de quién: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIAS DE INTERÉS:**  
 Rellenar al dorso el resto de circunstancias.  
 Toda declaración de accidente debe ser presentada antes del plazo de **SIETE DÍAS**.  
 Imprescindible, sello y firma del representante si es Entidad Jurídica.

**Firma del asegurado**

**OTROS VEHÍCULOS CONTRARIOS (C Y D)**

**VEHÍCULO: (C)**

Matrícula: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

Marca y Modelo: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nº Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Daños: \_\_\_\_\_

**VEHÍCULO: (D)**

Matrícula: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

Marca y Modelo: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nº Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Daños: \_\_\_\_\_

¿Se realizó prueba de alcoholemia? Sí  NO  POSITIVA C  D  NEGATIVA C  D

**LESIONADOS**

**VEHÍCULO ASEGURADO:**

Nombre	Domicilio	Edad	Pronóstico	Relación con el asegurado	Relación con el conductor

Centro asistencial que ha intervenido: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**VEHÍCULOS CONTRARIOS:**

Nombre	Domicilio	Edad	Pronóstico	Conductor			Ocupante		
				B	C	D	B	C	D
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Peatón/es: \_\_\_\_\_

Centro asistencial que ha intervenido: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Ocupantes del vehículo asegurado** (nombre y domicilio):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Testigos** (nombre y domicilio):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si intervino en el hecho algún Agente de la Autoridad** (cuerpo al que pertenece, nombre y número):

\_\_\_\_\_ Número Atestado o Diligencia: \_\_\_\_\_

¿Pasaron las Actuaciones al Juzgado de Guardia? \_\_\_\_\_ ¿A cuál? \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE:** Todos los datos personales serán incorporados en un fichero, responsabilidad de Mutua Madrileña Automovilista, al ser necesarios para el estudio de las posibles consecuencias del siniestro, si las hubiera, así como para el cumplimiento de las obligaciones legales que pudieran derivarse para esta entidad. Podrá ejercitar los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante escrito dirigido a Mutua Madrileña, Pº de la Castellana nº 33, (28046, Madrid), Dpto. de Atención e Información al Mutualista. Le comunicamos su obligación de informar a aquellas personas a las que refiera en la declaración de accidente, del tratamiento de datos que va a realizar Mutua Madrileña, según la presente cláusula, así como del lugar para el ejercicio de sus derechos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ **El Asegurado (\*)**

(\*) Imprescindible, sello y firma del representante si es Entidad Jurídica