

## ACCIDENTES DE TRÁFICO

### Hoja Informativa

(A rellenar por el/la **USUARIO**, se ruega que sea con letra mayúscula)

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>DATOS DEL LESIONADO</b>  | Nombre y apellidos:  |   |   |
|   | NIF:   |   |   |
|   | Domicilio completo:  |   |   |
|   | Tlfno. de contacto:  |   |   |
| <b>DATOS DEL ACCIDENTE</b>  | <b>DIAGNÓSTICO</b>   |   |   |
|   | Lugar (Calle – Población):   |   |   |
|   | Fecha y hora:  |   |   |
|   | Breve descripción de cómo ocurrió el accidente (señalar lo que proceda):       |   | <input type="checkbox"/> Atropello <input type="checkbox"/> Caída de moto<br><input type="checkbox"/> Colisión 2 vehículos <input type="checkbox"/> Colisión 3 vehículos<br><input type="checkbox"/> Salida de vía <input type="checkbox"/> Otros |
| Marque con <b>X</b> su condición con respecto al accidente:                                 |  | <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Ciclista<br><input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Otros |   |
| Accidente de 1 vehículo sólo ( <b>LESIONADO</b> )<br>Rellenar apartado 1º                   | Apartado 1º  | Matrícula y Marca<br>Nombre del Conductor<br>Nombre del Propietario<br>Compañía Aseguradora<br><b>Número de Póliza</b>  |   |
| Accidente con 2 vehículos implicados ( <b>CONTRARIO</b> )<br>Rellenar apartados 1º y 2º     | Apartado 2º  | Matrícula y Marca<br>Nombre del Conductor<br>Nombre del Propietario<br>Compañía Aseguradora<br><b>Número de Póliza</b>  |   |
| Accidente con 3 vehículos implicados ( <b>CONTRARIO</b> )<br>Rellenar apartados 1º, 2º y 3º | Apartado 3º  | Matrícula y Marca<br>Nombre del Conductor<br>Nombre del Propietario<br>Compañía Aseguradora<br><b>Número de Póliza</b>  |   |
| <b>OTROS DATOS (SEÑALAR lo que proceda)</b>   | ¿INTERVINO AMBULANCIA 112?   |   | ¿IBA O VENÍA DE TRABAJAR O ESTABA TRABAJANDO?   |
|   | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                        |   | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |
|   | ¿CON EQUIPO MÉDICO?<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |   | (EN CASO AFIRMATIVO, SU MUTUA SERÁ LA QUE LE PRESTE LAS ASISTENCIAS SANITARIAS POSTERIORES)   |

En: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Firma del declarante)

D. \_\_\_\_\_ NIF.: \_\_\_\_\_  
(En caso de que el declarante sea persona distinta al lesionado: nombre, apellidos y NIF)