

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Hoja Informativa

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

DATOS DEL LESIONADO	Nombre y apellidos:		
	NIF:		
	Domicilio completo:		
	Tlfno. de contacto:		
DATOS DEL ACCIDENTE	DIAGNÓSTICO		
	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 <input type="checkbox"/> Colisión 2 vehículos <input type="checkbox"/> Colisión 3 vehículos <input type="checkbox"/> Salida de vía <input type="checkbox"/> Otros
Marque con X su condición con respecto al accidente:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Otros	
Accidente de 1 vehículo sólo (LESIONADO) Rellenar apartado 1º	Apartado 1º	Matrícula y Marca Nombre del Conductor Nombre del Propietario Compañía Aseguradora Número de Póliza	
Accidente con 2 vehículos implicados (CONTRARIO) Rellenar apartados 1º y 2º	Apartado 2º	Matrícula y Marca Nombre del Conductor Nombre del Propietario Compañía Aseguradora Número de Póliza	
Accidente con 3 vehículos implicados (CONTRARIO) Rellenar apartados 1º, 2º y 3º	Apartado 3º	Matrícula y Marca Nombre del Conductor Nombre del Propietario Compañía Aseguradora Número de Póliza	
OTROS DATOS (SEÑALAR lo que proceda)	¿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? <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)