

JUNTA DE EXTREMADURA Consejería de Salud y Servicios Sociales

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Hoja Informativa

(A rellenar por el USUARI@, se ruega que sea con letra mayúscula, se puede remitir vía e-mail o web)

	Nombre y apellidos:						
DATOS DEL		:: micilio completo:					
LESIONADO		memo compieco.					
	Tlfno. de contacto:						
	DIA	AGNÓSTICO					
	Lugar (Calle – Población): Fecha y hora:						
DATOS							
	Breve descripción de cómo ocurrió el accidente (señalar lo que proceda):		\square Atropello		□ Caída o	de moto	
DEL			☐ Colisión 2 vehículos ☐ Colisión 3 vehículos				
ACCIDENTE			□ Salida de vía		☐ Otros		
	Marque con X su condición con respecto al accidente:		\square Conductor	□ Pro	pietario	□ Ciclista	
			□ Ocupante	☐ Pea	tón	☐ Otros	
Accidente de I vehículo sólo (LESIONADO) Rellenar apartado 1°	<u>。</u>	Matrícula y Marca	'				
		Nombre del tomador/a					
	Apartado	seguro					
	Ара	Compañía Aseguradora					
		Número de Póliza					
Accidente con 2 vehículos implicados (CONTRARIO) Rellenar apartados I° y 2°	Apartado 2°	Matrícula y Marca Nombre del tomador/a					
		seguro					
		Compañía Aseguradora					
		Número de Póliza					
Accidente con 3	Apartado 3°	Matrícula y Marca					
vehículos implicados (CONTRARIO) Rellenar apartados I°, 2° y 3°		Nombre del tomador/a seguro					
		Compañía Aseguradora					
		Número de Póliza					
OTROS DATOS (SEÑALAR lo que proceda)	¿INTERVINO AMBULANCIA ¿IBA O VENÍA DE TRABAJAR O ESTABA					O ESTABA	
		112?			JANDO?		
		□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO				
		¿CON EQUIPO MÉDICO?					
			(EN CASO AFIRMATIVO, SU MUTUA SERÁ LA QUE LE PRESTE LAS ASISTENCIAS SANITARIAS POSTERIORES)				
			LAS ASISTEI	NCIAS SAIN	NITAKIAS POST	ERIORES)	
En:		, a	de de			·	
		(Firma del declarante)					
D							
DNIF.: (En caso de que el declarante sea persona distinta al lesionado: nombre, apellidos y NIF)							