ACCIDENTES DE TRÁFICO

NOMBRE	
APELLIDOS	
D.N.I.	
DIRECCIÓN	CALLE: C.P.: POBLACIÓN:
TELÉFONO	FIJO: MÓVIL:
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD:
ASEGURADORA	
Nº PÓLIZA	
VEHÍCULO	MARCA: MATRÍCULA:
SINIESTRO	LUGAR: CALLE: Nº POBLACION: FECHA: Nº DE VEHÍCULOS IMPLICADOS: USTED ERA EL: Ø- CONDUCTOR Ø- PEATÓN Ø- OCUPANTE
2º VEHÍCULO IMPLICADO	NOMBRE: APELLIDOS: MARCA: MATRÍCULA: ASEGURADORA: Nº DE PÓLIZA: ¿HAY LESIONADOS?:
INGRESO EN ESMA	FECHA: HORA:
	¿HA SIDO ATENDIDO ANTES, POR LA MISMA LESIÓN, EN OTRO CENTRO?: Ø- SÍ, CUAL: Ø- NO
	HA LLEGADO AL CENTRO: Ø- POR MEDIOS PROPIOS Ø- OTROS
	DESCRIPCIÓN DE LESIONES: - - - - - -