

Número siniestro

■ Identificación póliza

TOMADOR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE PÓLIZA
----------------------	------------------

■ Datos de la persona lesionada

FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL LESIONADO (ASEGURADO)	D.N.I.
DOMICILIO DEL LESIONADO <input type="checkbox"/>	TIPO VÍA	NOMBRE DE LA VÍA
NÚMERO	BIS	LETRA
KM.	BLOQUE	ESCALERA
PLANTA	PUERTA	URBANIZACIÓN
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
ACTIVIDAD PROFESIONAL	TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL
¿HA TENIDO ALGÚN OTRO ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí →	DESCRIBIR:

■ Datos del siniestro

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA	¿DÓNDE HA OCURRIDO?
		<input type="checkbox"/> En el centro de trabajo <input type="checkbox"/> En su domicilio <input type="checkbox"/> Fuera del centro de trabajo y de su domicilio
DIRECCIÓN DE OCURRENCIA		
LOCALIDAD	PROVINCIA	
¿QUÉ ACTIVIDAD DESARROLLABA?		
POR FAVOR, EXPLIQUE DETALLADAMENTE SU VERSIÓN DEL SINIESTRO INDICANDO CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:		
DETALLE LAS LESIONES SUFRIDAS:		
SI HA RECIBIDO ASISTENCIA MÉDICA, INDIQUE LA FECHA Y EL CENTRO SANITARIO DONDE FUE ATENDIDO:		RECUERDE ADJUNTAR EL PARTE DE PRIMERA ASISTENCIA
FECHA	CENTRO	

En _____, a _____ de _____ de _____

PERSONA LESIONADA

D/Dña:
D.N.I.:

Por favor, recuerde que es imprescindible la firma de esta declaración. Caso de no poder firmar la persona lesionada el firmante deberá identificarse e indicar su relación con la persona lesionada.