

| |
|------------------|
| 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.