

Cuestionario para accidentes laboral-tráfico

Nº Expediente:

Tramitador:

1. DATOS DEL LESIONADO

Nombre y Apellidos.....
DNI.....Teléfono.....
Dirección.....
Conductor S/N..... Ocupante S/N..... Peatón S/N.....
Compañía aseguradora.....
Clase Vehículo.....Matrícula.....
Nº de Póliza.....

2. DATOS DEL VEHÍCULO CONTRARIO

Nombre y Apellidos.....
DNI.....Teléfono.....
Compañía aseguradora.....
Clase Vehículo.....Matrícula.....
Nº de Póliza.....

3. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Día.....Hora.....
Dirección.....
Atestado.....Parte amistoso.....
¿Se considera el trabajador o la trabajadora culpable?
.....
Descripción de accidente:

CROQUIS

Con la firma del presente impreso autorizo a CESMA a informar a la compañía de Seguros implicada acerca del contenido de mi historia clínica.

En a de de 20.....

Firmado: