

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 VehículoMatrícula
 Nº de Póliza

2. DATOS DEL VEHÍCULO CONTRARIO

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

3. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DíaHora.....
 Dirección
 AtestadoParte 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: