

CUESTIONARIO DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

Lesionado (Etiqueta Identificativa del Paciente) Nombre: _____ Apellidos: _____ Domicilio: _____ Población: _____	Condición del Asistido Marque con una X lo que proceda. <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ciclista
D.N.I. : _____ Teléfono: _____ Fecha del Accidente: _____ Fue Asistido por el 112 (Si/No) _____	¿Cuántos vehículos intervinieron en el accidente? <input type="checkbox"/> Uno Apartado A <input type="checkbox"/> Dos Apartado A y B <input type="checkbox"/> Más de dos Apartado A, B y C

DATOS DEL VEHÍCULO EN EL QUE VD. VIAJABA O DEL VEHÍCULO QUE LE ATROPELLÓ

Apartado A

Lugar del Accidente _____
Tomador del Seguro _____
Matrícula _____ Marca _____
Cía. Aseguradora _____ N.º de Póliza _____

DATOS DEL VEHÍCULO CON EL QUE SE PRODUJO LA COLISIÓN (opcional)

Apartado B

Tomador del Seguro _____
Cía. Aseguradora _____ N.º de Póliza _____
Matrícula _____ Marca _____

Apartado C

Tomador del Seguro _____
Cía. Aseguradora _____ N.º de Póliza _____
Matrícula _____ Marca _____

EN CASO DE QUE EN EL ACCIDENTE INTERVENGA UN VEHÍCULO DESCONOCIDO O QUE SE HAYA DADO A LA FUGA, DEBERÁ REMITIRNOS **ATESTADO DE LA GUARDIA CIVIL** O JUZGADO QUE LLEVE EL CASO.

Firma del asistido o representante legal:

ENVIAR A: Dirección postal: Hospital de Llerena
Dpto. De Cargos
Avda. De Badajoz s/n
06900 Llerena

Hospital de Zafra
Dpto. De Cargos
Ctra de Badajoz Granada s/n
06300 Zafra (Badajoz)

o al **EMAIL:** cargos.aredellerena@salud-juntaex.es (para cualquiera de los dos hospitales)