

SOLICITUD DE DATOS ACCIDENTE DE TRÁFICO

Fecha Atención: _____

Nombre y Apellidos*: _____ Edad*: _____

Domicilio*: _____ C.P. *: _____

Provincia*: _____ D.N.I.*: _____ Tel.: _____

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha*: _____ Lugar*: _____

Condición del lesionado (CONDUCTOR, OCUPANTE, PEATON, CICLISTA, ETC.) *: _____

VEHICULO QUE USTED OCUPABA

ENTIDAD ASEGURADORA*: _____ MATRICULA*: _____

MARCA*: _____

CONDUCTOR (no rellenar si es usted):

Nombre y Apellidos*: _____ Edad*: _____

Domicilio*: _____ C.P. *: _____

Provincia*: _____ D.N.I.*: _____ Tel.: _____

OTROS VEHICULOS IMPLICADOS EN SU CASO

VEHICULO 1

Entidad Aseguradora*: _____ Matricula*: _____

Marca*: _____

VEHICULO 2

Entidad Aseguradora*: _____ Matricula*: _____

Marca*: _____

VEHICULO 3

Entidad Aseguradora*: _____ Matricula*: _____

Marca*: _____

NOTA: Estos datos deberán ser remitidos al Servicio de Admisión de esta Clínica en el plazo de 10 días.

Podrá enviarnoslos al fax 916 640 579 o al email trafico@fisiomed2001.com

Agotado dicho plazo se procederá a facturar la asistencia recibida al propio lesionado.