

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES DE TRÁFICO

Exp. nº

1. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social..... Teléfono:
Domicilio
Situación del centro de trabajo

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellidos
Teléfono nº D.N.I
Domicilio
Localidad Provincia

3. VEHÍCULO UTILIZADO POR EL TRABAJADOR

Clase Marca Nº matrícula
Compañía de Seguros Nº de póliza
Propietario
Conductor
Ocupante

4. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha Hora exacta
Calle o camino (nº o km.)
Localidad
¿Hubo atestado policial?
Diligencias judiciales: Juzgado
Diligencias previas

5. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Causas y circunstancias exactas
.....
.....
¿ Se considera el trabajador culpable?
Croquis del accidente



cesma

Mutua de Andalucía y de Ceuta

Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 115

Testigos presenciales (nombres, domicilios y teléfonos)

.....
.....
.....
.....

6. OTROS VEHÍCULOS Y PERSONAS IMPLICADAS

Nombre del conductor culpable

DomicilioTeléfono:.....

Vehículo Matrícula

Nombre del propietario del vehículo si es diferente al conductor.....

.....

Domicilio Teléfono

Compañía aseguradora N° de Póliza

Nombre, domicilio, vehículo y compañía aseguradora de los demás implicados

.....
.....
.....

7. LESIONES SUFRIDAS

.....
.....
.....

8. CENTRO DONDE RECIBIÓ LA PRIMERA ASISTENCIA

.....
.....

¿Quedó ingresado?

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

Fdo. Don / Doña

.....,a de de