

Enviar cumplimentado a siniestros@motopoliza.com

## PARTE DE ACCIDENTE

### DATOS DEL ACCIDENTE (Cumplimentar un parte por lesionado)

<b>Nombre y apellidos del Tomador:</b>	
<b>CIF:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>DIRECCION:</b>	<b>EMAIL:</b>
<b>POLIZA Nº:</b>	<b>REFERENCIA SINIESTRO: (no cumplimentar)</b>
<b>Seguro contratado</b>	
<b>Básico</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ampliado</b> <input type="checkbox"/>
<b>Nº DE LESIONADOS EN EL MISMO SINIESTRO:</b>	<b>DATOS DEL LESIONADO</b>
<b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>	
<b>POBLACIÓN Y PROVINCIA</b>	
<b>TELÉFONO CONTACTO:</b>	

<b>LUGAR DE OCURRENCIA</b>	
<b>MECANISMO DE PRODUCCIÓN</b> Detalle claramente cómo se produjo el mismo	
<b>FECHA DE ACCIDENTE</b>	
<b>TESTIGOS PRESENCIALES</b> (Nombres de los testigos)	
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES</b>	
<b>FECHA DE LA PRIMERA ASISTENCIA SANITARIA:</b>	
<b>MÉDICO O CENTRO QUE EFECTUA LA PRIMERA CURA:</b>	
<b>CENTRO DONDE SE REALIZARÁ TRATAMIENTO DEFINITIVO:</b>	

### INFORME MÉDICO A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO ASISTENCIAL

<b>DIAGNOSTICO PROVISIONAL:</b>	
<b>TRATAMIENTO APLICADO:</b>	
<b>TIEMPO PROBABLE DE CURACIÓN:</b>	
<b>OBSERVACIONES:</b>	

Fecha:

Firma