

ANEXO II

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL USO Y CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS DE MOTOR DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA

PARTE DE ASISTENCIA

1.- Centro Asistencial: _____
Domicilio: _____ Tel: _____
Población: _____ Provincia _____
Servicio y Facultativo responsable de la asistencia _____

2.- Lesionado Nombre: _____
Edad: _____ Domicilio: _____
Fecha ingreso: ____/____/____ Hora: _____
Fecha siniestro: ____/____/____ Lugar siniestro: _____
Condición del lesionado (Conductor, ocupante, peatón): _____

3.- VEHÍCULO RESPECTO AL CUAL OSTENTA ESTA CONDICIÓN

Matrícula: _____ Marca: _____
Certificado de Seguro nº: _____
Entidad Aseguradora: _____

SI INTERVINO EN EL ACCIDENTE MÁS DE UN VEHÍCULO

Nombre del asegurado: _____
Matrícula: _____ Marca: _____
Certificado de Seguro nº: _____
Entidad Aseguradora: _____

Nombre del asegurado: _____
Matrícula: _____ Marca: _____
Certificado de Seguro nº: _____
Entidad Aseguradora: _____

4.- DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES QUE PADECE EL LESIONADO

5.- Declaración firmada sobre las circunstancias del accidente: SI NO

Fecha y Firma

Sello del Centro de Salud

ANEXO III

DECLARACIÓN RESPONSABLE OBLIGATORIA

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS
(ANEXO AL PARTE DE ASISTENCIA)**

Don/Dña: _____
Con D.N.I. nº _____ Domiciliado en _____

Don/Dña: _____
Con D.N.I. nº _____ Domiciliado en _____

DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD:

Que tienen conocimiento del accidente de tráfico ocurrido el día ____/____/____ a las
_____ horas, en _____

en calidad de accidentado, acompañante, persona que prestó auxilio (táchese lo que no proceda),
refiriendo las siguientes circunstancias del accidente:

FECHA: ____/____/____

FIRMAS

**(Adjuntar fotocopia del D.N.I)*

Fdo.: _____