

**PARTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO**

Página 1 de 1

**DATOS PERSONALES DEL LESIONADO Y VEHÍCULO**

Apellidos y nombre		DNI/NIF/NIE
Teléfono	Móvil	Correo electrónico
¿Era conductor? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Era ocupante? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Era peatón? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Modelo del vehículo que ocupaba		Matrícula
Compañía aseguradora del vehículo		Número de póliza
¿Hay comunicado amistoso o declaración del accident? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se adjunta: En caso de existir parte amistoso, adjuntar

**DATOS DEL VEHÍCULO CONTRARIO (SI HAY MÁS DE UN VEHÍCULO CONTRARIO, RELACIONAR EN EL APARTADO DE DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE)**

Vehículo que conducía	Modelo	Matrícula
Compañía aseguradora		Número de póliza

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Día	Hora	Lugar
Descripción del accidente:		
¿Ha intervenido la Policía Municipal? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde?	
Juzgado de Instrucción Número	Número diligencia previa	

----------------------

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma del solicitante

Para más información, contacte con el departamento de Recobros Circulación: [rec.circulacio@activamutua.es](mailto:rec.circulacio@activamutua.es)

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que mediante la cumplimentación del presente formulario sus datos personales, incluidos los de salud, quedarán incorporados en un fichero titularidad de **ACTIVA MUTUA 2008**, cuya finalidad es la prestación y ofrecimiento de nuestros servicios asistenciales.

Así mismo, consiente expresamente que sus datos puedan ser cedidos a las entidades que, según nos informe o conforme a la ley, sean responsables del pago de la asistencia sanitaria practicada. En estos casos, únicamente se comunicarán aquellos datos que sean exclusivamente necesarios, adecuados y pertinentes para la gestión del pago y facturación de la asistencia practicada.

Del mismo modo, le informamos de la posibilidad, tanto el interesado como el tercer autorizado, de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal a la dirección [lpd@activamutua.es](mailto:lpd@activamutua.es).