

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del País Vasco

Subdirección Gipuzkoa
Subdirección Bizkaia
Subdirección Araba/Álava

Solicitud:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> De común acuerdo entre la entidad aseguradora y el sujeto perjudicado
<input type="checkbox"/> A instancia del sujeto perjudicado |
|---|

Datos del solicitante:

Datos de la víctima lesionada

Nombre de la víctima lesionada:	
1º Apellido:	2º Apellido:
DNI:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Nº
Portal:	Escalera:
Piso:	Letra:
Municipio:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:
Correo electrónico:	Móvil:
Representante designado para las notificaciones:	
Nombre del representante:	
1º Apellido:	2º Apellido:
DNI:	
Tipo de representante:	
Dirección:	Nº
Portal:	Escalera:
Piso:	Letra:
Municipio:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:
Sujeto preferente de notificación:	Al sujeto perjudicado Al representante
Medio preferente de notificación:	Domicilio Correo electrónico

Datos de la entidad aseguradora

Nombre o razón social:	
CIF/DNI:	
Dirección:	Nº:
Municipio:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:
Correo electrónico:	
Numero de siniestro:	
Fecha accidente:	Matrícula:
Medio preferente de notificación:	Domicilio Correo electrónico

Datos del accidente:

Accidente laboral	Si	No
-------------------	----	----

Lugar, fecha y hora del accidente: Matrícula vehículos implicados: Informes aportados: Oferta motivada (se debe adjuntar):

En caso de no coincidencia entre el lugar del accidente y el del domicilio de la víctima lesionada y a efectos de selección del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses la víctima lesionada, elige:

Lugar del domicilio

Lugar del accidente

Documentación aportada por las partes:

--

Observaciones (se podrán incluir las peticiones a las que hace referencia el art. 4.2)

--

¿Adjunta documentación acreditativa del pago del precio público?

Sí

No

Lugar, fecha y firma.