

ANEXO I**SOLICITUD INFORME FORENSE****Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de:**

- Solicitud** De común acuerdo entre la entidad aseguradora y el sujeto perjudicado
 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:	
Correo electrónico: Móvil:	

Sujeto preferente de notificación: Al sujeto perjudicado Al representanteMedio 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.