

ANEXO II



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº
DILIGENCIAS PREVIAS Nº

COMPARECENCIA A EFECTOS DE LA LEY 35/2015
SOBRE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTE DE TRÁFICO

Mod. 02 lesionados

Ante S.Sª y con la asistencia del Letrado de la Administración de Justicia, comparece D./ña.
con DNI nº _____ con domicilio a efecto de notificaciones en _____
con tlf. _____ al objeto de prestar declaración en la presente causa
como perjudicado y manifiesta:

1.-DATOS PERSONALES DEL LESIONADO/A

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	DNI:
DOMICILIO:	

La descripción de las lesiones padecidas, así como su tratamiento, duración y demás datos técnicos se acreditarán SOLO mediante informe médico. En los mismos términos para intervenciones quirúrgicas, debiendo especificarse la complejidad de las mismas.

2.- DATOS ECONOMICOS DEL LESIONADO/A. (tachar lo que no proceda)

PROFESION:
¿TENÍA TRABAJO REMUNERADO POR CUENTA AJENA O PROPIA? SI NO
NOMBRE DE LA EMPRESA.
INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO: O cuantía media en los tres últimos años si es superior (debe aportarse documento acreditativo)
Grado de incapacidad que le produce (debe aportarse documento acreditativo)
Otras actividades no laborales de desarrollo personal afectadas. Acreditar la importancia y el número de actividades afectadas.
¿TENÍA REDUCCIÓN DE JORNADA POR DEDICACIÓN AL HOGAR? ? SI NO (acreditar por certificado de la empresa)
DEDICACION AL HOGAR EXCLUSIVA <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/>
Si es dedicación exclusiva y tiene menores, discapaces o mayores de 67 años a su cargo indique sus nombres, fecha de nacimiento y su parentesco o relación:
1.
2.
3.

JUBILADO	SI	NO	IMPORTE ANUAL PENSION
DESEMPLEADO	SI	NO	IMPORTE ANUAL PRESTACION
PENDIENTE DE ACCEDER AL MERCADO LABORAL		SI	NO
¿Tiene formación superior? Indique cuál: (debe aportarse documento acreditativo)			

3.- SECUELAS (tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿han quedado secuelas?				SI	NO
Secuelas psicofísicas	SI	NO	¿agravan el estado previo?	SI	NO
Secuelas estéticas	SI	NO	Grado:		
Secuelas derivadas de traumatismos menores de columna vertebral. (latigazo cervical)				SI	NO

La descripción de las secuelas padecidas, psicológicas, fisiológicas y estéticas, así como su tratamiento, duración y demás datos técnicos se acreditarán SOLO mediante informe médico.

4.- PERJUICIOS POR PERDIDA DE CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente:

¿hay familiares que han perdido calidad de vida? SI NO

Identificación del familiar afectado

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	DNI:
DOMICILIO:	
dedicación que requiere la atención al lesionado y cómo altera su vida:	
necesidad de atención continuada en caso de lesionados que, no siendo grandes lesionados, padezcan secuelas muy graves que alcancen los 80 puntos:	

Identificación del familiar afectado

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	DNI:
DOMICILIO:	
dedicación que requiere la atención al lesionado y cómo altera su vida:	
necesidad de atención continuada en caso de lesionados que, no siendo grandes lesionados, padezcan secuelas muy graves que alcancen los 80 puntos:	

--

5.- PERDIDA DE FETO (tachar lo que no proceda)

Si como consecuencia del accidente la mujer embarazada ha perdido el feto debe aportarse el informe médico que lo acredite. SI NO

6.- PERJUICIOS EXCEPCIONALES

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha tenido perjuicios excepcionales no comprendidos en todo lo anterior? SI NO

Acreditar en qué consisten:

7.- GASTOS DE TRATAMIENTO MEDICO / PSICOLOGICO DE PERJUDICADO

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿hay perjudicados que sin ser lesionados han necesitado tratamiento médico y/o psicológico? SI NO

En caso de reclamarse este tipo de perjuicios es necesario identificar a la persona o personas de cualquiera de los grupos anteriores que lo ha sufrido, describir el perjuicio, aportar la documentación acreditativa del padecimiento, del tratamiento recibido, duración del mismo y de su coste.

nombre y apellidos	
Relación con el fallecido	
Descripción del tratamiento:	
Fecha inicio y fecha fin:	
VALORACION	€

nombre y apellidos
Relación con el fallecido
Descripción del tratamiento:
Fecha inicio y fecha fin:

VALORACION	€
------------	---

nombre y apellidos	
Relación con el fallecido	
Descripción del tratamiento:	
Fecha inicio y fecha fin:	
VALORACION	€

nombre y apellidos	
Relación con el fallecido	
Descripción del tratamiento:	
Fecha inicio y fecha fin:	
VALORACION	€

8.- ASISTENCIA SANITARIA FUTURA (tachar lo que no proceda)

Si como consecuencia del accidente tras la estabilización de las lesiones se precisa asistencia sanitaria en el futuro (supuestos del art. 113) debe aportarse documentación que la describa
SI NO

9.- GASTOS DE PROTESIS Y ORTESIS (tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha necesitado prótesis un órtesis? SI NO

Debe aportarse la documentación médica que prescribe la prótesis/ortesis, incluyendo los datos de duración y renovación. Debe aportarse factura y demás datos económicos asociados a las mismas.

10.- GASTOS DE REHABILITACION DOMICILIARIA O AMBULATORIA

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha necesitado rehabilitación? SI NO

Debe aportarse la documentación médica que prescribe la rehabilitación, incluyendo los datos de duración. Debe aportarse factura y demás datos económicos asociados a las mismas

11.- GASTOS POR AYUDAS TECNICAS PRODUCTOS DE APOYO

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha necesitado ayuda técnica? SI NO

Descripción de las ayudas:

Debe aportarse la documentación, informe médico, que acredite la necesidad y periodicidad de las mismas, factura y demás datos económicos asociados a las mismas.

12.- GASTOS DE ASISTENCIA DE TERCERA PERSONA

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha necesitado ayuda de tercera persona? SI NO

Justificación de la necesidad de asistencia por tercera persona, (sólo en el caso de secuelas inferiores a 80 puntos). Debe acreditarse la pérdida de autonomía personal:

DATOS DEL/LA ASISTENTE/A

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	DNI:
DOMICILIO:	
NUMERO DE DÍAS A LA SEMANA	
NUMERO DE HORAS DIARIAS	
IMPORTE DE LA HORA	

13.- GASTOS DE ADECUACION DE VIVIENDA

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha necesitado adecuar la vivienda? SI NO

Justificación de la necesidad de adecuación de la vivienda:

Debe aportarse la documentación que acredite las obras realizadas. Debe aportarse identificación de la empresa o profesional que la ejecuta, factura y demás datos económicos asociados a las mismas.

14.- GASTOS POR INCREMENTOS DE COSTES DE MOVILIDAD

(tachar lo que no proceda)

Como consecuencia del accidente ¿ha tenido gastos de movilidad? SI NO

Justificación:

Debe aportarse la documentación que acredite los desplazamientos realizados. Necesidad de los mismos, identificación de la empresa o profesional que la ejecuta, factura y demás datos económicos asociados a las mismas.

Leída la presente, se afirma y ratifica en su contenido firmando S.S^a e intervinientes.
Doy fe.

“En relación a los datos de carácter personal, sobre su confidencialidad y prohibición de transmisión o comunicación por cualquier medio o procedimiento, deberán ser tratados exclusivamente para los fines propios de la Administración de Justicia (ex ley orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal)”.