



Junta de Andalucía

Consejería de Turismo, Regeneración Justicia y
Administración Local



INFORME PERICIAL PARA VALORACIÓN DEL DAÑO POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES (Código de procedimiento: 16833)

- De común acuerdo entre aseguradora y perjudicado
 A instancia del perjudicado

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:		TELÉFONO:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:					SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:	
ACTÚA EN CALIDAD DE:						TELÉFONO:	

2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica: (Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).							
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.							
Correo electrónico:					Nº teléfono móvil:		
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones .							



3. DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE LA PARTE CONTRARIA

RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:							NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:			PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO DE SINIESTRO:							

4. DECLARACIONES

- Bajo mi responsabilidad, DECLARO que por estos mismos hechos no se ha presentado ninguna otra solicitud de informe pericial en cualquier otro Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y, conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, autorizo al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses a hacer uso de la información aportada y a solicitar cualquier otra información de interés médico legal necesaria a los centros sanitarios que puedan disponer de ella.

5. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

- ME OPONGO** a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.
- ME OPONGO** a la consulta de los **datos de identidad** de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.
- ME OPONGO** a la consulta de mis **datos de residencia** a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporto documentación acreditativa de mis datos de residencia.

6. DATOS DEL ACCIDENTE

LUGAR, FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE:

En caso de no coincidencia entre el lugar del accidente y el de residencia del perjudicado, y a efectos de selección del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el perjudicado elige:

- Lugar de residencia Lugar del accidente

7. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

- INFORMES APORTADOS:

1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....

- DOCUMENTACIÓN MÉDICA APORTADA:

1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....

- OFERTA MOTIVADA (de presentación obligatoria para tramitar su solicitud)



8. TIPO DE PERICIA SOLICITADA

- Pericia por lesiones sin ingreso hospitalario
- Pericia por lesiones con ingreso hospitalario igual o inferior a 72 horas
- Pericia por lesiones con ingreso hospitalario superior a 72 horas

9. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, así como en la documentación adjunta, y **SOLICITA** el informe pericial para la valoración del daño por accidente de tráfico.

En a de de

LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Fdo.:

- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES EN
- ILMO./A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE REGENERACIÓN, JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Oficina Judicial y Fiscal, cuya dirección postal a estos efectos es Plaza de la Gavidía, 10, 41002-Sevilla y dirección electrónica: dg.oficinajudicial.ctrjal@juntadeandalucia.es
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.ctrjal@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para emitir los informes periciales de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses en reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor con la finalidad de tramitar las solicitudes de periciales al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y la licitud de dicho tratamiento se basa en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento, consecuencia de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre y en el Decreto 69/2012, de 20 de marzo por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal y de la Comisión de Coordinación de los Institutos de Medicina Legal.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/218027.html>



INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO:

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

2. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Será necesario marcar una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.

- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación. Asimismo, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder recibir los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente. De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- En el supuesto de haber optado por relacionarse electrónicamente con la Administración, los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

3. DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE LA PARTE CONTRARIA

Deberá cumplimentar los datos que aquí se solicitan.

4. DECLARACIONES

Deberá marcar la declaración que se recoge en este apartado, siempre que se corresponda con su situación concreta.

5. DERECHO DE OPOSICIÓN

Cumplimentar únicamente si deseara oponerse a la consulta de los datos señalados, en cuyo caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente que se indica.

6. DATOS DEL ACCIDENTE

Deberá cumplimentar los datos que aquí se solicitan, y aportar en su caso la documentación indicada.

7. DOCUMENTACIÓN

Marque sólo la documentación que aporte efectivamente.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza su derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá aportar toda la información que se le solicita.

Cumplimente en los numerales correspondientes qué documentación presenta efectivamente, en caso de hacerlo.

En el caso de que se haya opuesto a la consulta de algún dato (o bien no haya prestado su consentimiento para su consulta), debe marcar y aportar la documentación requerida.

8. TIPO DE PERICIA SOLICITADA

Deberá marcar la casilla correspondiente.

9. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, así como identificar la opción o las opciones ante las que se declara objeto de conciencia, y firmar el documento.