ANEXO II

CONSULTA DE DATOS DE ASEGURAMIENTO DE VEHÍCULOS

.....	.....	.....
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

con D.N.I. (1) ....., en representación de .... con C.I.F. (2) ....., solicita se le informe de la entidad aseguradora del vehículo matrícula número .....por accidente de circulación producido el ...../...../....., en relación al cual resulta ser (indíquese con una cruz) (3):
día mes año

[ ] Perjudicado con daños personales.

[ ] Perjudicado con daños materiales.

[ ] Entidad aseguradora del vehículo contrario:
- Clave con la que está inscrita en la Dirección General de Seguros Y Fondos de Pensiones:
- Matrícula Propia:

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

Domicilio:

Firma del solicitante.

(1) Debe adjuntarse copia del DNI, PASAPORTE o CIF y, en su caso, copia del parte de daños o de la declaración amistosa de accidente.

(2) Indicar únicamente en el supuesto de que el solicitante actúe en nombre y representación de una persona física o jurídica (en este caso debe acreditarse la representación).

(3) Para poder efectuar la consulta es imprescindible que se señale tipo de daños (personales, materiales o ambos).

Advertencia: Los datos de carácter personal recogidos en este impreso serán objeto de tratamiento informático *únicamente* en los casos en que el resultado de la consulta sea negativo, manteniéndose los datos durante un mes para que el Consorcio pueda enviarle la nueva información que sobre la consulta pudiera producirse durante ese período de tiempo. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición póngase en contacto con los Servicios Centrales del Consorcio de Compensación de Seguros, sitos en Pº de la Castellana, nº 32, 28046 Madrid (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).