

Denuncia de Siniestro (Lesiones)

Anexo II

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. Lesiones a terceros (1)

Nombre y Apellido _____ Edad _____ Género: ☐ F ☐ M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado
☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón
 Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal
 Examen de alcoholemia: ☐ SI ☐ NO ☐ Se negó
 Centro Asistencial _____ Internación: ☐ Si ☐ No
 Ambulancia: Si / No _____ Empresa _____

2. Lesiones a terceros (2)

Nombre y Apellido _____ Edad _____ Género: ☐ F ☐ M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado
☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón
 Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal
 Examen de alcoholemia: ☐ SI ☐ NO ☐ Se negó
 Centro Asistencial _____ Internación: ☐ Si ☐ No
 Ambulancia: Si / No _____ Empresa _____

3. Lesiones a terceros (3)

Nombre y Apellido _____ Edad _____ Género: ☐ F ☐ M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado
☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón
 Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal
 Examen de alcoholemia: ☐ SI ☐ NO ☐ Se negó
 Centro Asistencial _____ Internación: ☐ Si ☐ No
 Ambulancia: Si / No _____ Empresa _____

4. Lesiones a terceros (4)

Nombre y Apellido _____ Edad _____ Género: ☐ F ☐ M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado
☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón
 Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal
 Examen de alcoholemia: ☐ SI ☐ NO ☐ Se negó
 Centro Asistencial _____ Internación: ☐ Si ☐ No
 Ambulancia: Si / No _____ Empresa _____