

PÓLIZA N°	SINIESTRO N°
-----------	--------------

Lesiones a terceros (1)		
Nombre y Apellido:		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Estado civil:	Fecha de Nacimiento: / /	
Relación con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
Tipo de lesiones:	<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal	
Examen de alcoholemia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó	
Centro Asistencial:		

Lesiones a terceros (2)		
Nombre y Apellido:		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Estado civil:	Fecha de Nacimiento: / /	
Relación con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
Tipo de lesiones:	<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal	
Examen de alcoholemia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó	
Centro Asistencial:		

Lesiones a terceros (3)		
Nombre y Apellido:		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Estado civil:	Fecha de Nacimiento: / /	
Relación con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
Tipo de lesiones:	<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal	
Examen de alcoholemia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó	
Centro Asistencial:		

Lesiones a terceros (4)		
Nombre y Apellido:		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Estado civil:	Fecha de Nacimiento: / /	
Relación con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
Tipo de lesiones:	<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal	
Examen de alcoholemia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó	
Centro Asistencial:		