

LESIONES A TERCEROS

Nombre y Apellido		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> Pas. N°		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Teléfono	E-Mail	Domicilio			
CPA	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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó	
Centro asistencial					

DETALLE DEL VEHÍCULO ASEGURADO Y DEL TERCERO

ASEGURADO		TERCERO	

Se indican los daños en el gráfico, en forma sombreada.

Se indican los daños en el gráfico, en forma sombreada.

DATOS DEL DENUNCIANTE

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar y fecha	Firma del denunciante	Aclaración
----------------------	------------------------------	-------------------