

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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExámen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExámen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExámen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExámen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro asistencial: _____ Internación: SI NO Ambulancia: SI NO Empresa: _____