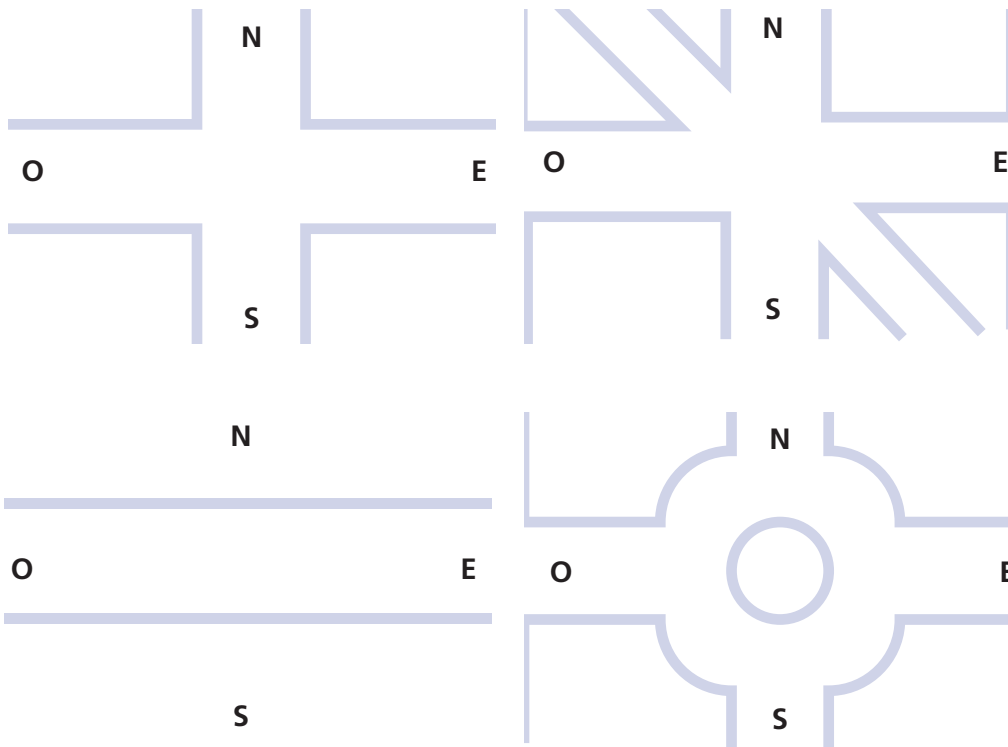


CROQUIS

REFERENCIAS: 1) Asegurado 2) Tercero 3) _____

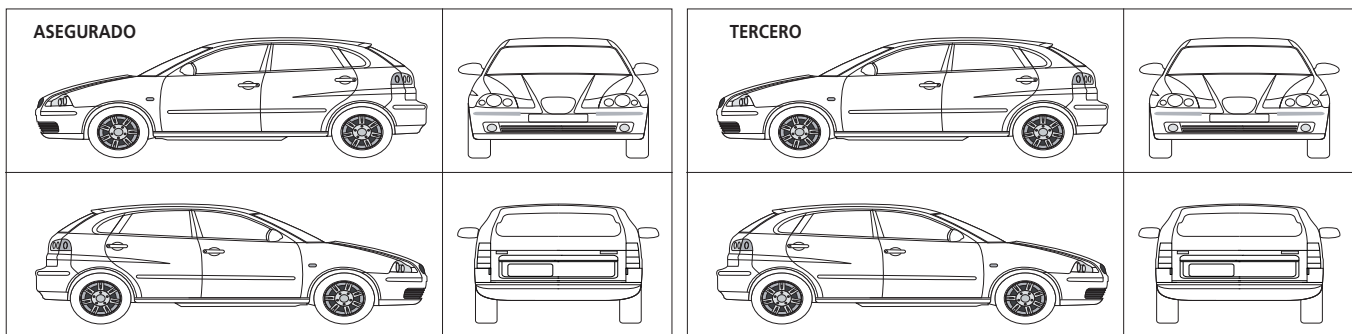


- TIPO DE ACCIDENTE**
- Frontal
 - Posterior
 - Lateral
 - En cadena
 - Vuelco
 - Desplazamiento
 - Inmersión
 - Incendio
 - Explosión
 - Daño con carga

- LUGAR**
- Autopista
 - Calle
 - Avenida
 - Curva
 - Pendiente
 - Túnel
 - Sobre puente
 - Otro: _____

- COLISIÓN CON:**
- Peatón
 - Vehículo
 - Transp. Público
 - Edificio
 - Columna
 - Animal
 - Otro: _____

8. DETALLE DEL VEHÍCULO ASEGURADO Y DEL TERCERO



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

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

9. LESIONES A TERCEROS (1)

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					

10. LESIONES A TERCEROS (2)

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					

11. DATOS DEL DENUNCIANTE

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

Confeccionada (Lugar y fecha) _____

Presentada a la Compañía (Lugar y fecha) _____

Hora: _____

FIRMA

ACLARACIÓN

