

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

ASEGURADO		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

