



Póliza N°. \_\_\_\_\_ Siniestro N°. \_\_\_\_\_

**1. LESIONES A TERCEROS (1)**

Nombre y Apellido		Género		F	M
Tipo y N°. de documento		Teléfono			
Domicilio		C.P.			
Localidad	Provincia	País			
Estado Civil		Fecha de Nacimiento			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehiculo		Pasajero vehículo asegurado		
	Pasajero otro vehiculo		Peatón		
Tipo de lesiones	Leves	Graves (con internación)	Mortal		
Examen de alcoholemia	SI	NO	Se negó		
Centro Asistencial _____					

**LESIONES A TERCEROS (2)**

Nombre y Apellido		Género		F	M
Tipo y N°. de documento		Teléfono			
Domicilio		C.P.			
Localidad	Provincia	País			
Estado Civil		Fecha de Nacimiento			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehiculo		Pasajero vehículo asegurado		
	Pasajero otro vehiculo		Peatón		
Tipo de lesiones	Leves	Graves (con internación)	Mortal		
Examen de alcoholemia	SI	NO	Se negó		
Centro Asistencial _____					

**LESIONES A TERCEROS (3)**

Nombre y Apellido		Género		F	M
Tipo y N°. de documento		Teléfono			
Domicilio		C.P.			
Localidad	Provincia	País			
Estado Civil		Fecha de Nacimiento			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehiculo		Pasajero vehículo asegurado		
	Pasajero otro vehiculo		Peatón		
Tipo de lesiones	Leves	Graves (con internación)	Mortal		
Examen de alcoholemia	SI	NO	Se negó		
Centro Asistencial _____					

**LESIONES A TERCEROS (4)**

Nombre y Apellido		Género		F	M
Tipo y N°. de documento		Teléfono			
Domicilio		C.P.			
Localidad	Provincia	País			
Estado Civil		Fecha de Nacimiento			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehiculo		Pasajero vehículo asegurado		
	Pasajero otro vehiculo		Peatón		
Tipo de lesiones	Leves	Graves (con internación)	Mortal		
Examen de alcoholemia	SI	NO	Se negó		
Centro Asistencial _____					