

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: _____