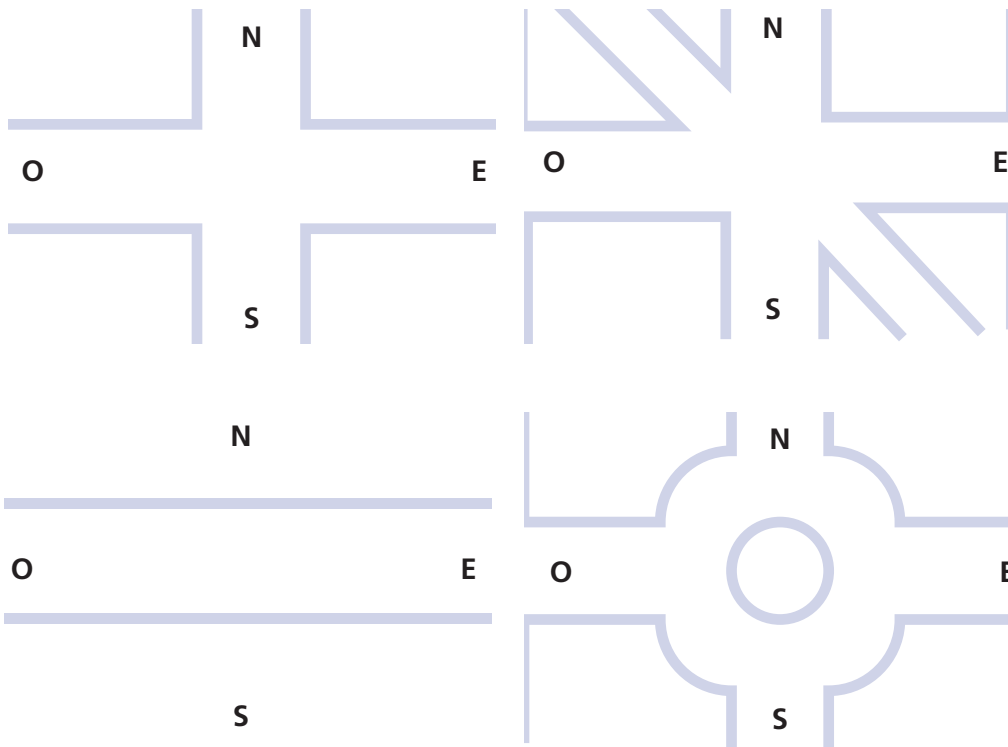




**CROQUIS**

REFERENCIAS: 1) Asegurado 2) Tercero 3) \_\_\_\_\_

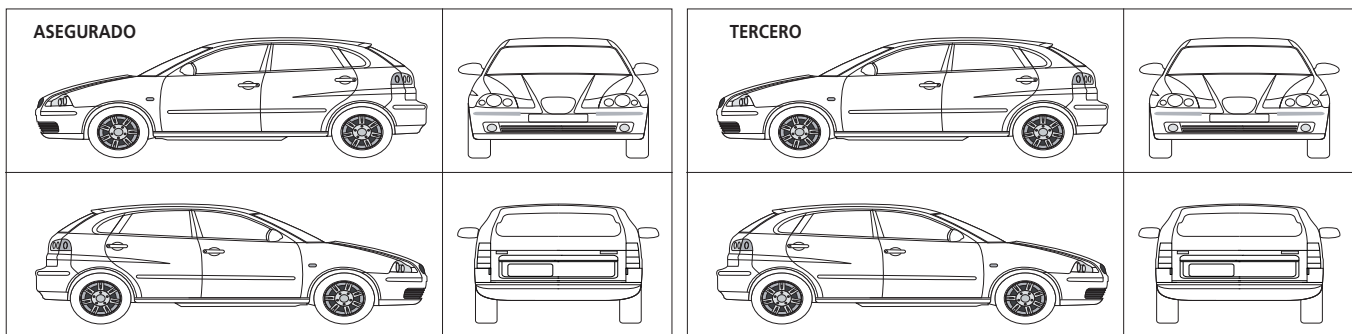


- TIPO DE ACCIDENTE**
- Frontal
  - Posterior
  - Lateral
  - En cadena
  - Vuelco
  - Desplazamiento
  - Inmersión
  - Incendio
  - Explosión
  - Daño con carga

- 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

