

Aseguradora:	Filial N° -
Póliza N°	Siniestro N°
<b>LESIONES A TERCEROS (1):</b>	
Apellido y nombres: <span style="float: right;">género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</span>	
Tipo y n° doc.:	Teléfono: Domicilio:
C. postal:	Localidad: Provincia: País:
Estado civil:	Edad: 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:	
<b>LESIONES A TERCEROS (2):</b>	
Apellido y nombres: <span style="float: right;">género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</span>	
Tipo y n° doc.:	Teléfono: Domicilio:
C. postal:	Localidad: Provincia: País:
Estado civil:	Edad: 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:	
<b>LESIONES A TERCEROS (3):</b>	
Apellido y nombres: <span style="float: right;">género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</span>	
Tipo y n° doc.:	Teléfono: Domicilio:
C. postal:	Localidad: Provincia: País:
Estado civil:	Edad: 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:	
<b>LESIONES A TERCEROS (4):</b>	
Apellido y nombres: <span style="float: right;">género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</span>	
Tipo y n° doc.:	Teléfono: Domicilio:
C. postal:	Localidad: Provincia: País:
Estado civil:	Edad: 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:	
<b>Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada:</b>	
Lugar: _____	
Fecha: _____	Firma: _____
Hora: _____	Aclaración: _____