

Denuncia de Siniestro | Anexo Lesiones

IMPORTANTE: Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros N° 17.418, el Asegurado deberá comunicar el acaecimiento del Siniestro dentro de las 72 horas de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

ASEGURADO:
Póliza N°: Compañía: Siniestro:

1. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido:
Tipo y N° documento: Teléfono: Cel:
Domicilio: E-mail:
CP: Localidad: Provincia: País:
Estado Civil: Fecha de Nacimiento:
Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo Peatón
Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal
Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:
Centro Asistencial:
Detalle de lesiones:

2. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido:
Tipo y N° documento: Teléfono: Cel:
Domicilio: E-mail:
CP: Localidad: Provincia: País:
Estado Civil: Fecha de Nacimiento:
Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo Peatón
Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal
Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:
Centro Asistencial:
Detalle de lesiones:

TESTIGOS

Nombre y Apellido:	Documento N°:	Domicilio / Teléfono:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar:

En a los días del mes de de

Firma del asegurado

Aclaración y DNI