

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° de 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° de 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:

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: