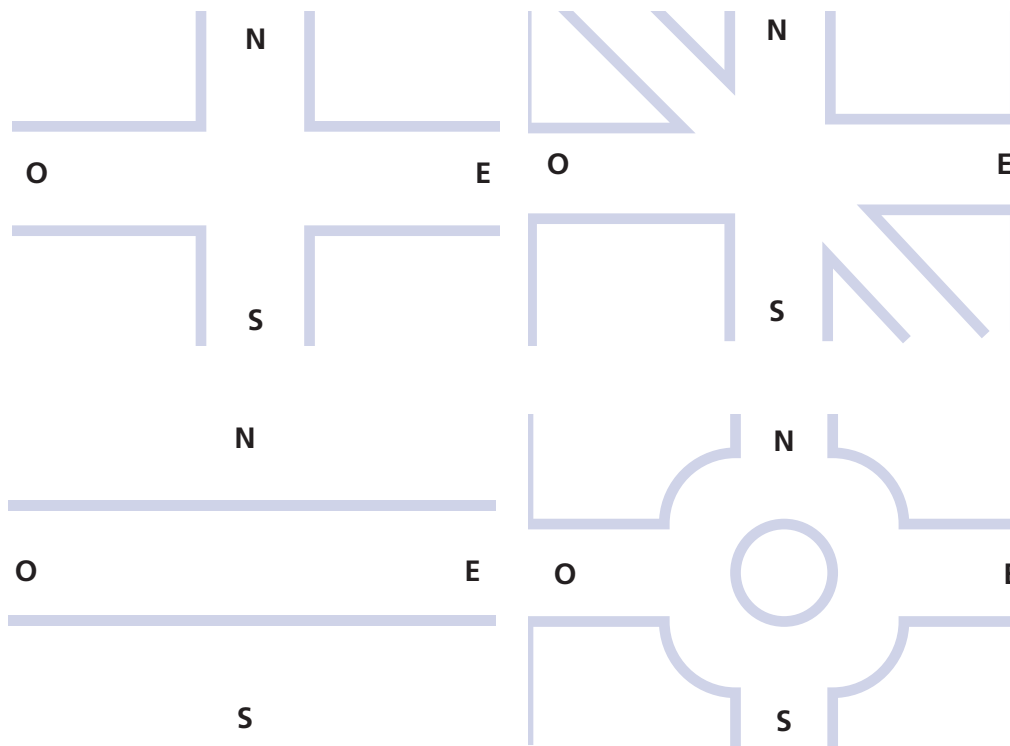




## CROQUIS

REFERENCIAS: 1) Asegurado 2) Tercero 3)



## TIPO DE ACCIDENTE

- ☐ Frontal  
☐ Posterior  
☐ Lateral  
☐ En cadena  
☐ Vuelco  
☐ Desplazamiento  
☐ Inmersión  
☐ Incendio  
☐ Explosión  
☐ Daño con carga

## LUGAR

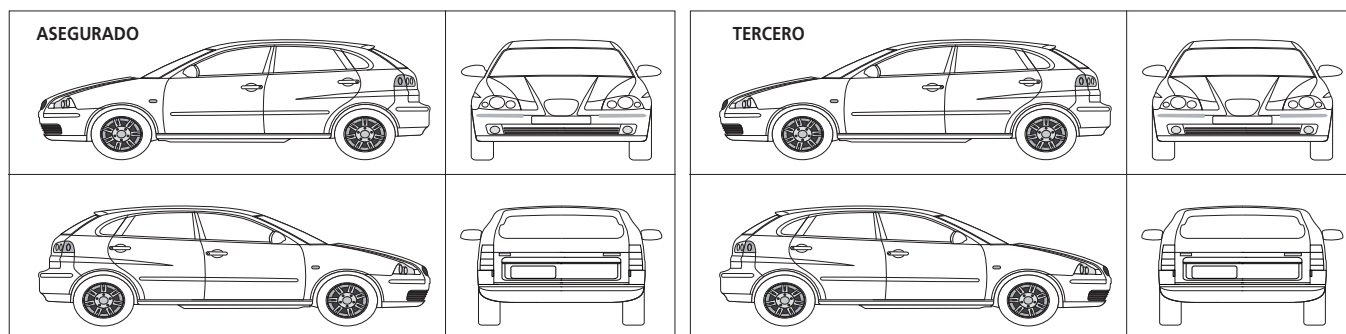
- ☐ Autopista  
☐ Calle  
☐ Avenida  
☐ Curva  
☐ Pendiente  
☐ Túnel  
☐ Sobre puente  
☐ Otro:

## COLISIÓN CON:

- ☐ Peatón  
☐ Vehículo  
☐ Transp. Público  
☐ Edificio  
☐ Columna  
☐ Animal  
☐ Otro:

2 de 2

## 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"/> DN <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

