

## AUTOMOTORES

### DENUNCIA DE SINIESTRO - LESIONES

Fecha (dd/mm/aaaa)

ASEGURADORA

Póliza N°

Siniestro N°

### LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>		
Examen de alcoholemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	Centro Asistencial		
Participación Juzgado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

### LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>		
Examen de alcoholemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	Centro Asistencial		
Participación Juzgado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

### LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>		
Examen de alcoholemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	Centro Asistencial		
Participación Juzgado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

### LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)			
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>		
Examen de alcoholemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	Centro Asistencial		
Participación Juzgado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

AUTOMOTORES

DENUNCIA DE SINIESTRO - LESIONES

Complete los siguientes datos y seleccione "Enviar" (e-mail) o "Guardar" para almacenarlo.

Destinatario CARLOS WITMANN <cwittmann@victoria.com.ar>

Con copia a

Observaciones



Enviar



Guardar