

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