EL COMERCIO
COMPAÑIA DE SEGUROS

ANEXO II - LESIONES

SECCIÓN AUTOMOTORES - DENUNCIA DE SINIESTRO Póliza Nº_____Stro. Nº_____

1. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombres y Apellido:_____ Género F ☐ M ☐

Tipo y Nº de documento _____ Teléfono _____ Estado civil _____

Domicilio:_____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Pais _____

Fecha de Nacimiento: ___ /___ /___ Edad _____ Ocupación _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado ☐
Pasajero otro vehículo ☐ Peatón ☐

Tipo de lesiónes Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Examen de alcoholemia SI ☐ NO ☐ Se Negó ☐

Centro Asistencial _____ Ambulatorio ☐ Internación ☐

Ubicación _____

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombres y Apellido:_____ Género F ☐ M ☐

Tipo y Nº de documento _____ Teléfono _____ Estado civil _____

Domicilio:_____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Pais _____

Fecha de Nacimiento: ___ /___ /___ Edad _____ Ocupación _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado ☐
Pasajero otro vehículo ☐ Peatón ☐

Tipo de lesiónes Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Examen de alcoholemia SI ☐ NO ☐ Se Negó ☐

Centro Asistencial _____ Ambulatorio ☐ Internación ☐

Ubicación _____

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombres y Apellido:_____ Género F ☐ M ☐

Tipo y Nº de documento _____ Teléfono _____ Estado civil _____

Domicilio:_____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Pais _____

Fecha de Nacimiento: ___ /___ /___ Edad _____ Ocupación _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado ☐
Pasajero otro vehículo ☐ Peatón ☐

Tipo de lesiónes Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Examen de alcoholemia SI ☐ NO ☐ Se Negó ☐

Centro Asistencial _____ Ambulatorio ☐ Internación ☐

Ubicación _____

LESIONES A TERCEROS (4)

Nombres y Apellido:_____ Género F ☐ M ☐

Tipo y Nº de documento _____ Teléfono _____ Estado civil _____

Domicilio:_____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Pais _____

Fecha de Nacimiento: ___ /___ /___ Edad _____ Ocupación _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado ☐
Pasajero otro vehículo ☐ Peatón ☐

Tipo de lesiónes Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Examen de alcoholemia SI ☐ NO ☐ Se Negó ☐

Centro Asistencial _____ Ambulatorio ☐ Internación ☐

Ubicación _____