## Denuncia de Siniestro Automotores

HOJA 2 de 2



AUTOMOTORES				···· Esta		
Pólizas Nº: Siniestro Nº:						
9 Lesiones a Terceros (1)						
Nombre y Apellido: Género: F M						
Tipo y N° de Documento:			Teléfono:			
Domicilio:			C.P.:			
Localidad: Provincia:			País:			
Estado Civil:			Fecha de Nacimiento: / /			
Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo	Pasajero Ve	hículo Asegurado Pasa	ero otro Vehículo Pe	atón		
Tipo de Lesiones: Leves Graves (con internación				Se negó		
Centro Asistencial:						
Lesiones a Terceros (2)						
Nombre y Apellido:			Género: F M			
Tipo y № de Documento:			Teléfono:			
Domicilio:			C.P.:			
Localidad: Provincia:			País:			
Estado Civil:			Fecha de Nacimiento: / /			
Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo	Pasaiero Ve	hículo Asegurado Pasa		atón 🗍		
Tipo de Lesiones: Leves Graves (con internación				Se negó		
Centro Asistencial:	· · ·					
10 Testigos (1)		<u></u>	Género: F			
Nombre y Apellido:				М 📗		
Tipo y N° de Documento:			Teléfono:	The second secon		
Domicilio:			C.P.:			
Localidad: Provincia: País:  Parentesco con el Conductor:						
Testigos (2)			Te			
Nombre y Apellido:			Género: F	M		
Tipo y N° de Documento:			Teléfono:			
Domicilio:			C.P.:			
Localidad: Provincia:			País:			
Parentesco con el Conductor:						
11 Datos del Denunciante						
Es el conductor o asegurado: SI (Continuar en el pu	unto 12) NO L	(Completar la Información qu	T			
Nombre y Apellido:			Género: F	М		
ipo y № de Documento:			Teléfono:			
Domicilio:				C.P.:		
Localidad: Provincia:			País:			
12 CLEAS						
Mediante la siguiente denuncia: adhiero no adhiero esolución del siniestro.  En caso de no adherir explique la causa:	ero (marcar lo q	ue corresponda) a la aplicación (	de la metodología CLEAS (cláu	isula 53) para la		
13 Los datos y demás referencias que se consignan tiene	en carácter de d	7				
Lugar:				que es de mi conocimiento que		
Fecha: / / Hora: la Póliza Nº			que ampara al vehículo asegurado			
		no cubre daños parciales a	mismo.			
		-n				
Firma:		W				
Aclaración:			Fi	rma del Asegurado		