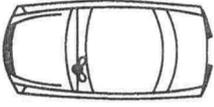
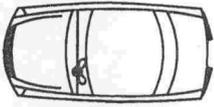


<b>6 Datos del Conductor del Vehículo Asegurado</b>			
Nombre y Apellido:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:	Profesión:	Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>	Conductor habitual del vehículo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Registro N°:	Categoría:	Expedido por:	Vencimiento: / /
Es el propio asegurado: SI <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 5) NO <input type="checkbox"/>	Relación con el asegurado:		

<b>7 Detalle del otro Vehículo (1)</b>			
Propietario:		Parentesco con el socio: Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:	Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Marca:	Modelo:	Tipo:	Asegurado en:
Dominio:		Año:	
N° de Motor:		N° de Chasis:	
Uso del Vehículo: Particular <input type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remís <input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>			
Detalle los daños del vehículo: _____			
_____			
Examen de Alcoholemia del conductor: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
El Conductor es el Propietario: SI <input type="checkbox"/> (Continuar en el punto 8) NO <input type="checkbox"/> (Completar la Información que sigue)			

Conductor:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Conductor habitual del vehículo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Registro N°:	Vencimiento: / /	

<b>Detalle del otro Vehículo (2)</b>			
Propietario:		Parentesco con el socio: Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:	Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Marca:	Modelo:	Tipo:	Asegurado en:
Dominio:		Año:	
N° de Motor:		N° de Chasis:	
Uso del Vehículo: Particular <input type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remís <input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>			
Detalle los daños del vehículo: _____			
_____			
Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
El Conductor es el Propietario: SI <input type="checkbox"/> (Continuar en el punto 8) NO <input type="checkbox"/> (Completar la Información que sigue)			

Conductor:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Conductor habitual del vehículo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Registro N°:	Vencimiento: / /	

<b>8 Daños Materiales a Cosas</b>			
Propietario:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Detalle de los daños:			