



**ANEXO II LESIONES**

**EL PROGRESO SEGUROS S.A.**  
25 de Mayo 432 P. 11\* - (C1002ABJ) C.A.B.A.  
Tel.: (011) 4315 - 8600 y Líneas Rotativas  
E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar  
Av. Casey 99 (B8170AAA) Pígue Pcia. Bs. As.  
Tel. (02923) 472223 Fax (02923) 472046  
E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar

**SECCION AUTOMOTORES  
DENUNCIA DE SINIESTRO**

El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado. Arts. 46, 47 y 115; Ley de Seguros 17418.

Póliza N° \_\_\_\_\_ Siniestro N° \_\_\_\_\_

**LESIONES A TERCEROS (1)**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo     Pasajero vehículo asegurado   
   Pasajero otro vehículo     Peatón   
Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal   
Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó   
Centro Asistencial \_\_\_\_\_  
Comisaría \_\_\_\_\_ Juzgado \_\_\_\_\_

**LESIONES A TERCEROS (2)**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo     Pasajero vehículo asegurado   
   Pasajero otro vehículo     Peatón   
Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal   
Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó   
Centro Asistencial \_\_\_\_\_  
Comisaría \_\_\_\_\_ Juzgado \_\_\_\_\_

**LESIONES A TERCEROS (3)**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo     Pasajero vehículo asegurado   
   Pasajero otro vehículo     Peatón   
Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal   
Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó   
Centro Asistencial \_\_\_\_\_  
Comisaría \_\_\_\_\_ Juzgado \_\_\_\_\_

**LESIONES A TERCEROS (4)**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo     Pasajero vehículo asegurado   
   Pasajero otro vehículo     Peatón   
Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal   
Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó   
Centro Asistencial \_\_\_\_\_  
Comisaría \_\_\_\_\_ Juzgado \_\_\_\_\_

**Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada**

Lugar \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

La recepción de esta solicitud no implica aceptación ni conformidad de su contenido.