

**ANEXO II LESIONES**

EL PROGRESO SEGUROS S.A.  
25 de Mayo 432 P. 11\* - (C1002ABJ) C.A.B.A.  
Tel.: (011) 4315 - 6600 y Líneas Rotativas  
Av. Casey 99 (B8170AAA) Pigiúe Pcia. Bs. As.  
Tel.: (02923) 472223 Fax (02923) 472046  
E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar  
Web: www.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.