

Nº Póliza: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

El presente cuestionario ayudará a la Compañía Aseguradora a tener una idea más clara de la manera en cómo ocurrieron los hechos denunciados, leálo detenidamente y complételo en la forma más fehaciente que le sea posible. No deje espacios en blanco, si no conoce el dato o la información requerida, sírvase indicarlo:

**Datos del accidente**

¿Cuántas personas iban en el vehículo asegurado además del conductor? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas iban en el otro vehículo además del conductor? \_\_\_\_\_

¿Había negocios abiertos en las cercanías del lugar del accidente? (Especificar cuales) \_\_\_\_\_

¿Existen testigos del accidente? \_\_\_\_\_

Cantidad total de personas lesionadas \_\_\_\_\_

**Datos del accidentado Nº 1**

Situación en el accidente: (PEATON / CICLISTA / MOTOCICLISTA / CONDUCTOR OTRO VEHICULO / TRANSP. ASEGURADO / TRANSP. OTRO VEHICULO / OTROS (especificar) \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de lesión \_\_\_\_\_

¿Sangraba o se quejaba de dolor? \_\_\_\_\_ ¿En que parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

¿Como se fue el lesionado desde el lugar del accidente? \_\_\_\_\_

¿Intervino alguna ambulancia u hospital? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Tuvo contacto posterior con el lesionado? \_\_\_\_\_ ¿Que le dijo? \_\_\_\_\_

**Existe alguna información que Ud. considere de importancia y que no se haya mencionado anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datos del lesionado N° 2**

Situación en el accidente: (PEATON / CICLISTA / MOTOCICLISTA / CONDUCTOR OTRO VEHICULO / TRANSP. ASEGURADO / TRANSP. OTRO VEHICULO / OTROS (especificar) \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de lesión \_\_\_\_\_

¿Sangraba o se quejaba de dolor? \_\_\_\_\_ ¿En que parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

¿Como se fue el lesionado desde el lugar del accidente? \_\_\_\_\_

¿Intervino alguna ambulancia u hospital? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Tuvo contacto posterior con el lesionado? \_\_\_\_\_ ¿Que le dijo? \_\_\_\_\_

**Datos del lesionado N° 3**

Situación en el accidente: (PEATON / CICLISTA / MOTOCICLISTA / CONDUCTOR OTRO VEHICULO / TRANSP. ASEGURADO / TRANSP. OTRO VEHICULO / OTROS (especificar) \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de lesión \_\_\_\_\_

¿Sangraba o se quejaba de dolor? \_\_\_\_\_ ¿En que parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

¿Como se fue el lesionado desde el lugar del accidente? \_\_\_\_\_

¿Intervino alguna ambulancia u hospital? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Tuvo contacto posterior con el lesionado? \_\_\_\_\_ ¿Que le dijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

\_\_\_\_\_  
Aclaración