

Necochea 183 - Mendoza Capital - Prov. Mendoza - Cód.Postal (5500) - Tel.:(0261) 429-8388 - Fax: (0261) 449-9929 | Madero 942 Piso 18 - Capital Federal - Prov. Buenos Aires - Cód.Postal (1106) - Tel.: (011) 4310-5400 - Fax:(011) 4310-5400 interno (5535)
 Moreno 503 - Tres Arroyos - Prov. Buenos Aires - Cód.Postal (7500) - Tel.: (02983) 434090 - Fax: (02983) 434090 interno (2224) | Dirección de mail ante cualquier consulta: consultaweb@lamerccantil.com.ar

PÓLIZA N°	SINIESTRO N°
-----------	--------------

LESIONES A TERCEROS (1)						
NOMBRE Y APELLIDO					SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DOMICILIO					C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TIPO Y N° DOCUMENTO			
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		TELÉFONO			
RELACIÓN CON EL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> CONDUCTOR OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PASAJERO VEHÍCULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> PASAJERO OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PEATÓN		
TIPO DE LESIONES	<input type="checkbox"/> LEVES	<input type="checkbox"/> GRAVES (CON INTERNACIÓN)	<input type="checkbox"/> MORTAL	EXAMEN DE ALCOHOLEMIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ
CENTRO ASISTENCIAL						

LESIONES A TERCEROS (2)						
NOMBRE Y APELLIDO					SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DOMICILIO					C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TIPO Y N° DOCUMENTO			
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		TELÉFONO			
RELACIÓN CON EL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> CONDUCTOR OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PASAJERO VEHÍCULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> PASAJERO OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PEATÓN		
TIPO DE LESIONES	<input type="checkbox"/> LEVES	<input type="checkbox"/> GRAVES (CON INTERNACIÓN)	<input type="checkbox"/> MORTAL	EXAMEN DE ALCOHOLEMIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ
CENTRO ASISTENCIAL						

LESIONES A TERCEROS (3)						
NOMBRE Y APELLIDO					SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DOMICILIO					C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TIPO Y N° DOCUMENTO			
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		TELÉFONO			
RELACIÓN CON EL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> CONDUCTOR OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PASAJERO VEHÍCULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> PASAJERO OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PEATÓN		
TIPO DE LESIONES	<input type="checkbox"/> LEVES	<input type="checkbox"/> GRAVES (CON INTERNACIÓN)	<input type="checkbox"/> MORTAL	EXAMEN DE ALCOHOLEMIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ
CENTRO ASISTENCIAL						

LESIONES A TERCEROS (4)						
NOMBRE Y APELLIDO					SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DOMICILIO					C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TIPO Y N° DOCUMENTO			
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		TELÉFONO			
RELACIÓN CON EL ASEGURADO	<input type="checkbox"/> CONDUCTOR OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PASAJERO VEHÍCULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> PASAJERO OTRO VEHÍCULO	<input type="checkbox"/> PEATÓN		
TIPO DE LESIONES	<input type="checkbox"/> LEVES	<input type="checkbox"/> GRAVES (CON INTERNACIÓN)	<input type="checkbox"/> MORTAL	EXAMEN DE ALCOHOLEMIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ
CENTRO ASISTENCIAL						