

Anexo II

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. Lesiones a terceros (1)Nombre y Apellido _____ Edad _____ 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExamen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro asistencial: _____ Internación: SI NO Ambulancia: SI NO Empresa: _____**2. Lesiones a terceros (2)**Nombre y Apellido _____ Edad _____ 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExamen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro asistencial: _____ Internación: SI NO Ambulancia: SI NO Empresa: _____**3. Lesiones a terceros (3)**Nombre y Apellido _____ Edad _____ 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExamen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro asistencial: _____ Internación: SI NO Ambulancia: SI NO Empresa: _____**4. Lesiones a terceros (4)**Nombre y Apellido _____ Edad _____ 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 PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) MortalExamen de alcoholemia: SI NO Se negóCentro asistencial: _____ Internación: SI NO Ambulancia: SI NO Empresa: _____

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnppdpnew, link "Ejerza sus derechos".