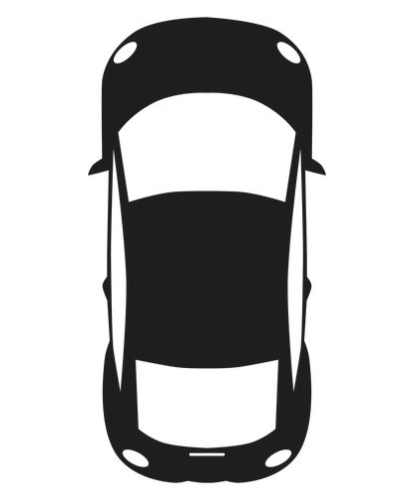
|  |
| --- |
| 1. **Actor Lesiones:**   -DNI:  -Dirección:  -Teléfono: |
| 1. **Actor Lesiones:**   -DNI:  -Dirección:  -Teléfono: |
| **¿Quién reclama daños materiales?**  -DNI:  -Dirección:  -Teléfono:  -Vehículo |
| **Demandados**  *Vehículo:*   1. **Conductor:**   -DNI:  -Dirección:   1. **Titular:**   -DNI:  -Dirección:   1. **Asegurado:**   -DNI:  -Dirección: |
| **Seguro del tercero:** |
| **Forma de ocurrencia:**  -Fecha:  -Hora:  -Lugar:  Relato: |
| **Comisaria/UFI Interviniente:** |
| **Intervino ambulancia:** |
| **Detalle de lesiones:** |
| **Hospital o clínica:** |

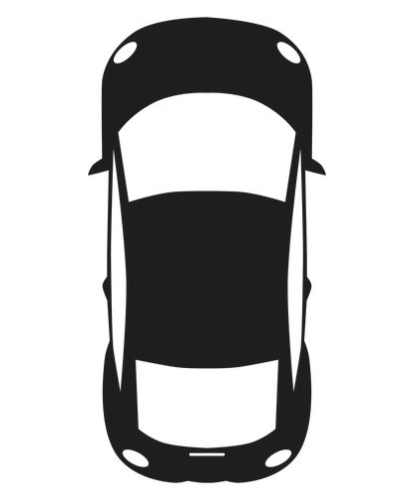
**Daños en tu vehículo:**

**Indicar marcando con una X la zona dañada del vehículo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lado Izquierdo** | **Lado Derecho** |
| **Frontal** | **Frontal** |
| **Lateral** | **Lateral** |
| **Trasero** | **Trasero** |

**Daños en el vehículo demandado:**

**Indicar marcando con una X la zona dañada del vehículo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lado Izquierdo** | **Lado Derecho** |
| **Frontal** | **Frontal** |
| **Lateral** | **Lateral** |
| **Trasero** | **Trasero** |