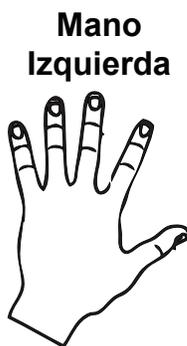
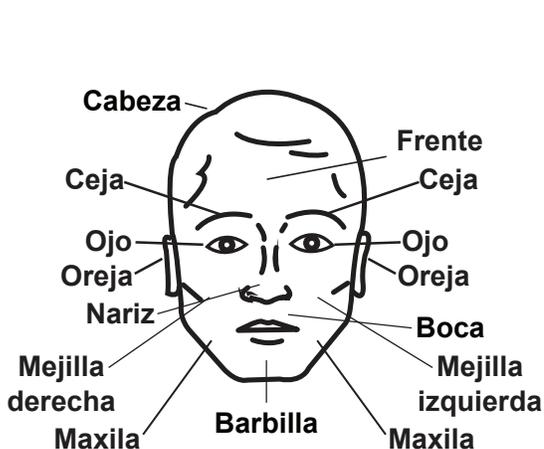
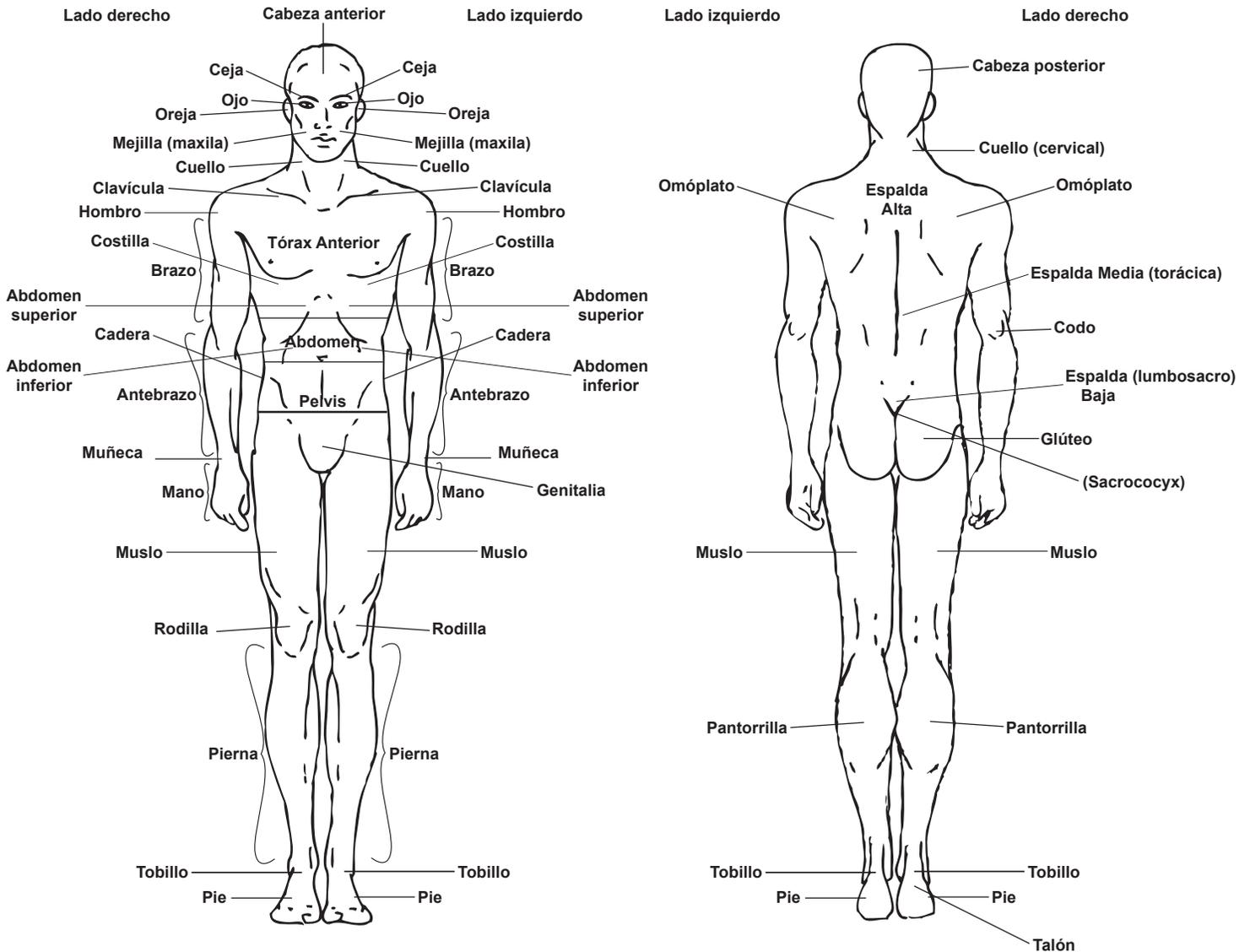


Nombre del Lesionado: \_\_\_\_\_ Fecha Accidente: \_\_\_\_\_

Núm. de Reclamación: \_\_\_\_\_

### DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL



Firma del lesionado \_\_\_\_\_

Firma del familiar / encargado \_\_\_\_\_

Relación con el lesionado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_