

DENUNCIA DE SINIESTRO

AUTOMOTORES

Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. FECHA DEL SINIESTRO

Fecha ___/___/___ Hora _____ Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

ESTADO DEL TIEMPO

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad _____ Provincia _____

País _____ Calle _____ N° _____

Intersección de / Entre _____ y _____

Ruta N° _____ km. _____ nacional provincial Cruce con ruta N° _____ cruce señalizado? SI NO

Cruce tren barrera SI NO cruce señalizado? SI NO estado barrera _____

Semáforo SI NO funciona? SI NO intermitente Color _____

Tipo de Calzada _____ Estado Calzada _____

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N°. _____ Vencimiento: ___/___/___

Es el propio asegurado? SI (continuar en el punto 5) NO Relación con el asegurado _____

4. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social _____

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____

N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del vehículo particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad

Cobertura afectada robo parcial total incendio parcial total daño parcial total

Detalle los daños del vehículo _____

Monto aproximado de los daños: _____ Taller mecánico donde será llevado: _____

Indicar lugar y fecha: _____

6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del vehículo particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó

El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) NO (completar la información que sigue)

Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N°. _____ Vencimiento: ___/___/___

7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario _____ Género F M
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
Marca _____ Modelo _____ Tipo _____
Dominio _____ Año _____ N°. Motor _____ N°. Chasis _____
Uso del vehículo particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad
Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) NO (completar la información que sigue)
Conductor _____ Género F M
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N°. _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____

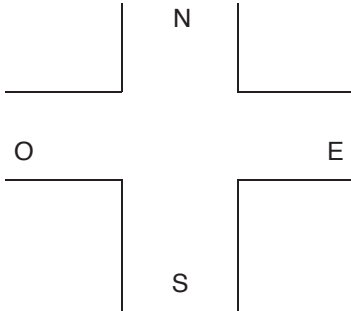
8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F M
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
Detalle los daños : _____

9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente frontal posterior lateral en cadena vuelco desplazamiento
inmersión incendio explosión daño c/ la carga
En Autopista En calle En avenida En Curva En pendiente En túnel Sobre Puente Otro: _____
Colisión con: peatón vehículo Transp. públ edificio columna animal Otro: _____
¿A cuantos kilómetros por hora circulaba el vehículo asegurado? _____

CROQUIS



DETALLES DEL SINIESTRO

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en que comisaría? _____
Testigo: _____ Domicilio: _____

10. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI (continuar en el punto 11) NO (completar la información que sigue)
Nombre y Apellido _____ Género F M
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____

11. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar _____ Firma _____
Fecha ____ / ____ / ____
Hora _____ Aclaración _____

DENUNCIA DE SINIESTRO

AUTOMOTORES

Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido _____ 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 Peatón

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____

Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido _____ 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 Peatón

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____

Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido _____ 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 Peatón

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____

Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido _____ 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 Peatón

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____

Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____