

# DENUNCIA DEL SINIESTRO

RAMO AUTOMOTORES



POLIZA N°: \_\_\_\_\_

SINIESTRO N°: \_\_\_\_\_

1 - DATOS DEL ASEGURADO			
Apellido y Nombres o Razón Social:		Documento Tipo:	N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:
2 - DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO			
Patente:	Plan:	Marca y modelo:	
Año:	Tipo:	Chassis N°:	Motor N°:
Color:	Uso: Particular <input type="checkbox"/>	Comercial ó Carga <input type="checkbox"/>	Taxi o Remisse <input type="checkbox"/> Transp. Pub. <input type="checkbox"/> Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/>
3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO			
Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Conductor Frecuente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° Registro:
Categoría:	Vencimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGO <input type="checkbox"/>	
Ocupación:	¿El conductor es el propio Asegurado?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar relación con el Asegurado:		
4 - DETALLES DEL SINIESTRO			
Fecha: / /	Hora: :	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Estado del tiempo: seco <input type="checkbox"/> lluvia <input type="checkbox"/> niebla <input type="checkbox"/> granizo <input type="checkbox"/> nieve <input type="checkbox"/>
Lugar de ocurrencia:			
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:
Tipo de lugar: Calle <input type="checkbox"/> Autopista <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Bocacalle <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Túnel <input type="checkbox"/> Sobre puente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Ruta N° _____ Km.: _____	Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/>	Cruce con Ruta N° _____	Cruce señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cruce de Tren <input type="checkbox"/>	Barrera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cruce señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estado de la barrera: Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Semáforo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Funciona?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/>		
Color: Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Habilitan Giro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Tipo de calzada: Pavim. <input type="checkbox"/> Empedrado <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Ripio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Estado de la calzada: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>		
Características del Lugar: Arterias señalizadas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Carteles de pare: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Reductores de velocidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de Accidente: Frontal <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> En cadena <input type="checkbox"/> Vuelco <input type="checkbox"/> Desplazamiento <input type="checkbox"/>			
Inmersión <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Daños c/la carga <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Colisión con: Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
5 - FORMA DE OCURENCIA (Detalle amplio)		6 - CROQUIS	
		REMARCAR LINEAS VALIDAS - PONER NOMBRES A LAS CALLES	
		Vehículo Asegurado <input type="checkbox"/> Otros Vehiculos <input type="checkbox"/> Sentido de Circulación <input checked="" type="checkbox"/> Punto de Impacto <input checked="" type="checkbox"/>	
7 - DATOS POLICIALES			
Cría.:	N°:	C.P.:	Tipo: Provincial <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Acta <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> N°:
Causa Penal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N°:	Juzgado N°:	Secretaría N°: Depto. Judicial:
8 - DATOS DE TESTIGOS			
APELLIDO Y NOMBRES	DOC. (Tipo y N°)	DOMICILIO	TELEFONO

**9 - DAÑOS Y/O FALTANTES DE LA UNIDAD ASEGURADA**

Ubicación del impacto: Parte frontal  Parte Lat. Derecha  Parte Lat. Izquierda  Techo  Parte Trasera   
 Carácter de participación en el siniestro: Embestido  Embistente   
 Incendio  Robo a mano armada  Robo estacionado en vía pública  Robo en garage / playa de estacionamiento   
 DESCRIPCION DETALLADA:

**10 - DAÑOS A TERCEROS**

**DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)**

Propietario: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Documento Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: / / \_\_\_\_\_  
 Patente: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
 Año: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Chassis N°: \_\_\_\_\_ Motor N°: \_\_\_\_\_  
 Uso: Particular  Comercial o Carga  Taxi o Remis  Transp. Púb.  Servicios de Urgencia  Fuerza de Seguridad   
 Asegurado en: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_  
 ¿El propietario es el conductor? SI  (Ingresar los datos que se indican a continuación) NO  (Continuar completando datos del conductor)  
 N° Registro: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento: / / \_\_\_\_\_  
 Examen de Alcoholemia: SI  NO  SE NEGÓ

**DATOS DEL CONDUCTOR**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Documento Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: / / \_\_\_\_\_ Conductor Frecuente: SI  NO  N° Registro: \_\_\_\_\_  
 Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento: / / \_\_\_\_\_ Examen de Alcoholemia: SI  NO  SE NEGÓ

**DAÑOS VEHICULO DEL TERCERO**

Ubicación del impacto: Parte Frontal  Parte Lat. Derecha  Parte Lat. Izquierda  Techo  Parte trasera   
 Descripción detallada:

**11 - DAÑOS MATERIALES A COSAS (MUEBLES Y/O SEMOVIENTES)**

Propietario: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Documento Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Tipo de cosa: \_\_\_\_\_ Ubicación (de la cosa): \_\_\_\_\_  
 Asegurado en: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_  
 Detalle de daños: \_\_\_\_\_  
 Otros participantes: \_\_\_\_\_

**12 - DATOS DEL DENUNCIANTE**

¿El denunciante es el mismo que el conductor o que el Asegurado?: SI  (Continuar en el punto 13) NO  (completar los datos indicados a continuación)  
 Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Documento Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**13 - LOS DATOS Y DEMAS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN DEBAJO TIENEN CARACTER DE DECLARACION JURADA**

LUGAR FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ FIRMA CONDUCTOR O DENUNCIANTE \_\_\_\_\_ FIRMA ASEGURADO \_\_\_\_\_

**14 - COBERTURAS AFECTADAS**

RESPONSABILIDAD CIVIL: D/M  D/C  PAS.   
 ACC. TOTAL  PARCIAL  \$ \_\_\_\_\_  
 INC. TOTAL  PARCIAL  \$ \_\_\_\_\_  
 ROBO TOTAL  PARCIAL  \$ \_\_\_\_\_  
 ACCESORIOS \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 ADICIONALES \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**15 - ESTIMACION DE RESPONSABILIDAD**

ASEGURADO % \_\_\_\_\_ A DETERMINAR  E/ASEGURADOS

**16 - GESTIONES**

ORDEN DE REPARACION  RECUPERO ADMINISTRATIVO   
 COD: \_\_\_\_\_

DILIGENCIAS PARA MEJOR CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO:

FIRMA