

FORMULARIO DE DENUNCIA



Alsina 756 4° piso (1087)
Buenos Aires – Argentina
(011) 4339-0000

Automóviles Particulares

Estamos para ayudarlo y resolver rápidamente su problema.

Le agradeceremos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

1. Escriba en letra de imprenta.
2. No deje de completar todos los datos de este formulario.
3. Recuerde firmarlo y fecharlo.
4. Siga los pasos que le indicamos.

En caso de un siniestro:

- a. Lea las páginas de su Póliza.
- b. Si alguna persona sufrió lesiones en el accidente, por favor comuníquese lo antes posible con la Compañía, al 4339-000.
- c. Al comunicarse telefónicamente, use este formulario como guía.

Por favor, asegúrese de dejarnos un teléfono al que podamos llamarlo, de 9 a 18 hs., en el caso que un representante de la Compañía necesite contactarlo.

Si lo considera necesario, agregue una hoja a este formulario, para ampliar información.

Importante:

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo. El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

Fecha de Ocurrencia:/...../..... Hora: Indique su N° de Póliza: Siniestro N°:
Denuncia Policial: SI ☐ NO ☐ Comisaría N°: Localidad: Acta/Sumario N°:
Estado del Tiempo: Diurno ☐ Nocturno ☐ Seco ☐ Lluvia ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐
Cobertura Afectada: Robo parcial ☐ total ☐ Incendio parcial ☐ total ☐ Daño parcial ☐ total ☐

LUGAR DEL SINIESTRO

Calle:..... N°:..... Localidad:..... Provincia:.....
País:..... 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 de la barrera.....
Semáforo SI ☐ NO ☐ funciona? SI ☐ NO ☐ intermitente ☐ Color.....
Tipo de Calzada:..... Estado Calzada:

Datos De:	Nuestro Asegurado	Tercero
Asegurados	Sr/a: Genero: F ☐ M ☐	Sr/a: Genero: F ☐ M ☐
	Ocupación Actual: DNI :	Ocupación Actual: DNI:
	Tel:..... Domicilio:	Tel:..... Domicilio:
	Localidad: CP.:	Localidad: CP.:
	Prov.:País:.....	Prov.:País:.....
Conductores al momento del accidente	Conductor Principal o Habitual: SI ☐ NO ☐ Edad:.....	Conductor Principal o Habitual: SI ☐ NO ☐ Edad:.....
	Sr/a. Genero: F ☐ M ☐	Sr/a. Genero: F ☐ M ☐
	DNI N°: Tel.:	DNI N°: Tel.:
	Domicilio: CP.:	Domicilio: CP.:
	Localidad: Prov.:	Localidad: Prov.:
	País:..... Ocupación Actual:.....	País:..... Ocupación Actual:.....
	Estado Civil:..... Fecha de Nac.:...../...../.....	Estado Civil:..... Fecha de Nac.:...../...../.....
	Lic. de Conducir N° Categ.:	Lic. de Conducir N° Categ.:
	Expedida por: Vto.:/...../.....	Expedida por: Vto.:/...../.....
	Examen de alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐	Examen de alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐
Relación c/Asegurado:	Relación c/Asegurado:	
Vehículos	Titular según Cédula Verde, Sr/a:	Titular según Cédula Verde, Sr/a:
	Marca: Modelo:	Marca: Modelo:
	Tipo:.....Color.....Año:.....	Tipo:.....Color.....Año:.....
	Uso o Destino: particular ☐ comercial o carga ☐ taxi o remis ☐	Uso o Destino: particular ☐ comercial o carga ☐ taxi o remis ☐
	Transp. Público ☐ Serv. de urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐	Transp. Público ☐ Serv. de urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐
	Patente N°:..... Diesel: SI ☐ NO ☐	Patente N°:..... Diesel: SI ☐ NO ☐
	Motor N° GNC: SI ☐ NO ☐	Motor N°: GNC: SI ☐ NO ☐
	Chasis N°:..... Alarma: SI ☐ NO ☐	Chasis N°:..... Alarma: SI ☐ NO ☐

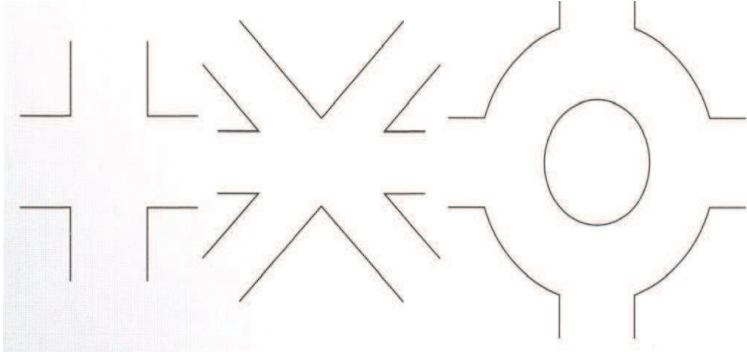
Daños al/los vehículos	Marcar(x)	 	 
	Detallar		¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI ☐ NO ☐
Datos Adicionales	Taller/Lugar de Inspección:		Asegurado en: Póliza N°:
	Domicilio: Tel.:		Fecha de Vigencia: Dde. / / Hasta: / /
	Localidad: Fecha de Insp.: / /		Cobertura: TR/CF ☐ TR/SF ☐ A ☐ B ☐ C ☐

Testigos:	Nombre y Apellido	Domicilio	DNI	Teléfono
	1			
	2			

CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: Choques: Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐
Robo Total ☐ Robo Parcial ☐ Incendio ☐ Daños ☐ Explosión ☐ Inmersión ☐
En Autopista ☐ En Calle ☐ En Avda. ☐ En Curva ☐ En Pendiente ☐ En Túnel ☐ Sobre Puente ☐ Otros:.....
Colisión con: Peatón ☐ Vehículo ☐ Transp. Público ☐ Edificio ☐ Columna ☐ Animal ☐ Otros:.....

Croquis, Orientación y Detalle del Hecho.



En caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados. (Ver Detalle del otro vehículo en la siguiente hoja.)

En caso de robo: ¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI ☐ NO ☐
¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI ☐ NO ☐ Si contestó afirmativamente, por favor, describa la gestión:

Declaración del Asegurado.
Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

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

DNI:.....		
Fecha:...../...../.....		
E-mail:.....	Firma	Aclaración

FORMULARIO DE DENUNCIA

Alsina 756 4° (1087)
Buenos Aires – Argentina
(011) 4339-0000

Automóviles Particulares

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

Detalle los daños del vehículo:

Examen de alcoholemia del conductor SI ☐ NO ☐ Se negó ☐
El conductor ¿es el propietario? SI ☐ NO ☐
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: / /

DAÑOS MATERIALES A COSAS

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

DATOS DEL DENUNCIANTE

¿Es el conductor o asegurado? SI ☐ NO ☐
Nombre y Apellido: Género: F ☐ M ☐
Tipo y N° documento: Teléfono:
Domicilio: C.P.:
Localidad: Provincia: País:

Declaración del Asegurado.

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

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

DNI:

Fecha: / /

E-mail:

Firma

Aclaración

Póliza N°:..... Siniestro N°:.....

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 ☐

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI ☐ NO ☐ Comisaría Interviniente:.....

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 ☐

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI ☐ NO ☐ Comisaría Interviniente:.....

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 ☐

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI ☐ NO ☐ Comisaría Interviniente:.....

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

DNI:.....

Fecha:...../...../.....

E-mail:.....

.....

Firma

Aclaración