

RECOMENDACIONES: Presente con este formulario la Denuncia Policial y el Registro de Conductor dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente. EN CASO DE EXISTIR LESIONADOS COMUNICARSE DE INMEDIATO CON LA COMPAÑIA.

ASEGURADORA

SINIESTRO N°

POLIZA N°

Se hizo denuncia en la policía? SI NO

Comisaría N°:

Localidad:

Hubo actuación judicial? SI NO

Juzgado N°:

Causa N°:

FECHA DEL SINIESTRO: Fecha de ocurrencia: / / Hora: ESTADO DEL TIEMPO: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

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 de barrera:

Semáforo: SI NO Funciona? SI NO Intermitente Color: Tipo de calzada: Estado de calzada:

ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social:

Tipo y N° Documento: Tel.:

Domicilio: C.P.: Loc.:

Prov.: País:

TERCERO

Propietario: Género F M

Tipo y N° Documento: Tel.:

Domicilio: C.P.: Loc.:

Prov.: País:

Nombre y Apellido: Género F M

CONDUCTOR

Examen de alcoholemia SI NO se negó El conductor es el propietario?

SI (continuar en "DAÑOS MATERIALES A COSAS") NO (completar la información que sigue)

Nombre y Apellido: Género F M

Tipo y N° Documento: Domicilio:

Tel.: C.P.: Loc.: Prov.:

País: Estado Civil: Profesión:

Edad: Fecha de Nacimiento: / / Examen de alcoholemia SI NO

Se negó Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N°:

Categoría: Vencimiento: / / Es el propio asegurado? SI

(continuar en "VEHICULO") NO Relación con el asegurado:

Marca: Modelo:

VEHICULO

Marca: Modelo:

Tipo: Dominio: Año:

Color: Motor N°: Chasis N°:

Antirrobo SI NO Cristales grabados SI NO 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 (obligatorio marcar cobertura afectada)

Tipo: Dominio: Año: Color: Motor N°: Chasis N°: Asegurado en: Póliza N°: Uso del vehículo Particular Comercial o carga Taxi o remis Transporte público Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

X

X

X

X

Detallar:

DAÑOS DEL VEHICULO

Detallar:

Lesiones a terceros: SI NO (en caso afirmativo completar atrás)

Nombre:

Domicilio: Tel.:

Localidad: Fecha Inspección: / /

Taller de Reparac.

Nombre:

Domicilio: Tel.:

Localidad: Fecha Inspección: / /

Cobertura

FRANQUIA

OBSERVACIONES:

USO INTERNO DE LA CÍA.

RECIBIDO POR:
(con sello de recepción)

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario: Género F M Tipo y N° Documento: Tel.:

Domicilio: C.P.: Localidad: Provincia: País:

Detalle los daños:

LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____
 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: _____

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____
 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: _____

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____
 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: _____

TESTIGOS (IMPORTANTE) OFREZCA SIEMPRE TESTIGOS, ESPECIALMENTE SI UD. NO ES RESPONSABLE

Nombre y Apellido:	Domicilio:	Teléfono:

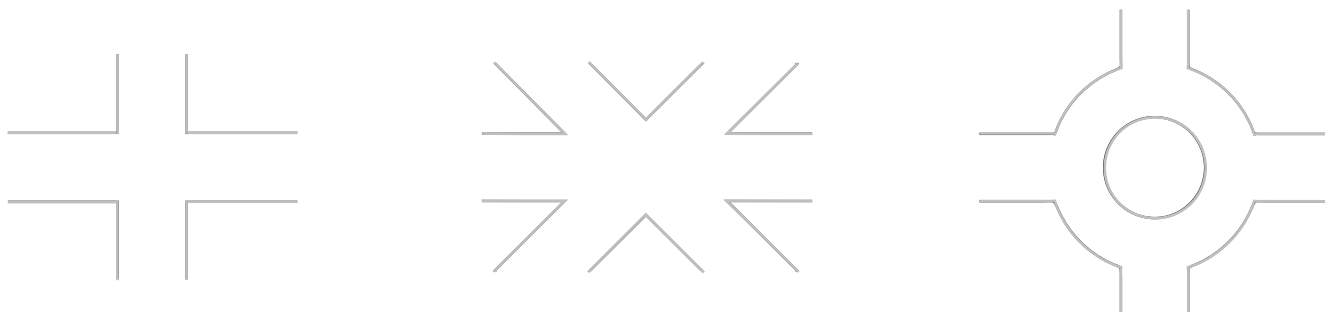
CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente

Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐ Inmersión ☐ Incendio ☐ Explosión ☐ Daño c/a carga ☐ En autopista ☐ En calle ☐ En avenida ☐
En curva ☐ En pendiente ☐ En túnel ☐ Sobre puente ☐ Otro: _____

Colisión con

Peatón ☐ Vehículo ☐ Transporte público ☐ Edificio ☐ Columna ☐ Animal ☐ Otro: _____



DETALLES DEL SINIESTRO

[illegible]

DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI ☐ (continuar en el *) NO ☐ (completar la información que sigue)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

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

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____