



DENUNCIA DE SINIESTRO



IMPORTANTE

En caso de siniestro realice la denuncia en la Compañía **dentro de los 3 primeros días** de ocurrido el hecho, enviando el presente formulario por fax al **4329-0435** o completando su denuncia on line a través de **www.zurich.com.ar**. La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

DATOS GENERALES

N° de Póliza			Nombre del Asegurado			Tipo y N° documento											
Domicilio			C.P.		Localidad		País		Teléfono								
Registro N°			Categoría			Vencimiento			Expedido por								
Banco						Tipo de cuenta	Caja de ahorro	☐	Cuenta corriente	☐							
Cuenta N°						CBU											
Vehículo	Marca		Modelo			Tipo			Año								
N°. Motor			N° Chasis			N° de patente											
Uso del vehículo	Particular	☐	Comercial o Carga	☐	Transporte público	☐	Cobertura afectada	Robo	parcial	☐	total	☐	Daño	parcial	☐	total	☐
	Taxi o Remis	☐	Servicios de urgencia	☐	Fuerzas de Seguridad	☐	Incendio	parcial	☐	total	☐						

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre			Fecha de nacimiento			Tipo y N° Doc.								
CUIT			Sexo (M / F)			Estado Civil								
Domicilio			C.P.		Localidad		País		Tel.					
Registro N°			Categoría			Vencimiento			Expedido por					
Examen de alcoholemia	Sí	☐	No	☐	Se negó	☐	¿Es el conductor habitual del vehículo?	Sí	☐	No	☐	Relación con el asegurado		

DATOS DEL SINIESTRO N°

Fecha del Siniestro		Hora		Localidad			Provincia			País							
Calle			N°		Intersección de / Entre			y									
Ruta N°		Km.		Nacional	☐	Provincial	☐	Cruce con ruta N°		Cruce señalizado?	Sí	☐	No	☐			
Cruce tren		Barrera	Sí	☐	No	☐	Estado barrera			Cruce señalizado?	Sí	☐	No	☐			
Semáforo	Sí	☐	No	☐	¿Funciona?	Sí	☐	No	☐	Intermitente	Sí	☐	No	☐	Color		
Km./h al momento del accidente			Estado del tiempo	Diurno	☐	Nocturno	☐	Seco	☐	Lluvia	☐	Niebla	☐	Granizo	☐	Nieve	☐
Tipo de Calzada						Estado Calzada											
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 túnel	☐	Sobre puente	☐	Otro:								
Colisión con:	Peatón	☐	Vehículo	☐	Edificio	☐	Columna	☐	Animal	☐	Otro	☐					
Intervención policial	Sí	☐	No	☐	Indicar seccional / Comisaría / Juzgado y N° de folio / Acta												

Forma en que ocurrió:

.....

.....

.....

.....

.....

Consecuencias:

.....

Monto aproximado de los daños Taller de reparaciones

Teléfono Dirección Indicar fecha de inspección

GRÁFICO DEL ACCIDENTE:

TESTIGOS (Completar en caso de que corresponda)

Nombre			
Profesión		Tel.	
Domicilio			

Nombre			
Profesión		Tel.	
Domicilio			

DATOS DEL OTRO VEHÍCULO

Propietario

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

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

Examen de alcoholemia del conductor

Sí

No

Se negó

El conductor es propietario

Sí

No

(completar la información que sigue)

Conductor

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Conductor habitual del vehículo?

Sí

No

Registro N°

Vencimiento:

Propietario

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

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

Examen de alcoholemia del conductor

Sí

No

Se negó

El conductor es propietario

Sí

No

(completar la información que sigue)

Conductor

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Conductor habitual del vehículo?

Sí

No

Registro N°

Vencimiento:

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

Detalle los daños

LESIONES A TERCEROS

Nombre y Apellido

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

Tipo de Lesiones

Leves

Graves (con internación)

Mortal

Examen de alcoholemia

Sí

No

Se negó

Centro Asistencial

Parentesco

Nombre y Apellido

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

Tipo de Lesiones

Leves

Graves (con internación)

Mortal

Examen de alcoholemia

Sí

No

Se negó

Centro Asistencial

Parentesco

DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado

SI

NO

(completar la información que sigue)

Nombre y Apellido

Sexo (M / F)

Tipo y N° doc.

Domicilio

C.P.

Localidad

País

Teléfono

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fechado en el día del mes de de 20

FIRMA

ACLARACIÓN