



**1. DATOS DE PÓLIZA**

Matrícula  Productor N°  Siniestro N°  Póliza/Item   
Cobertura  Vigencia: Desde  Hasta

**2. DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre y Apellido o Razón Social   
Documento tipo  Número  Teléfono   
Domicilio  CPA (Código Postal Argentino)   
Localidad:  Provincia:  País:   
Fecha de nacimiento  CUIT  -  -  Actividad o Profesión   
Nacionalidad  Domicilio Real   
Domicilio comercial  Estado civil

**3. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Marca  Modelo  Tipo   
Dominio  Año  N° Motor  N° Chasis   
USO DEL VEHÍCULO  Particular  Comercial o carga  Taxi o Remise  Transporte público  Servicios de Urgencia  Fuerzas de seguridad  
COBERTURA AFECTADA ROBO  Total  Parcial  INCENDIO  Total  Parcial  DAÑO  Total  Parcial  
Detalle de los daños del vehículo

**4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Nombre y Apellido  Género  M  F  
Documento tipo  Número  Teléfono   
Domicilio  CPA (Código Postal Argentino)   
Localidad:  Provincia:  País:   
Fecha de nacimiento  CUIT  -  -  Actividad o Profesión   
Nacionalidad  Domicilio Real   
Domicilio comercial  Estado civil   
Examen de alcoholemia  Sí  No  ¿Se negó?  ¿Conductor habitual del vehículo?  Sí  No  
Registro N°  Categoría/s  Vencimiento  Vigencia desde  Hasta   
¿Es el propio asegurado?  Sí (Continuar en el punto 5)  No Relación con el asegurado

**5. FECHA Y LUGAR DEL SINIESTRO**

Fecha:  Hora:  Estado del tiempo  Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve  
Localidad:  Provincia:  País:   
Intersección de/entre   
Ruta N°  Km.   Nacional  Provincial  Cruce con ruta N°  ¿Cruce señalizado?  Sí  No  
Cruce de tren  Barreras  Sí  No ¿Cruce señalizado?  Sí  No Estado de la barrera   
¿Semáforo?  Sí  No ¿Funciona?  Sí  No Intermitente  Color   
Tipo de calzada  Estado

**6. DETALLE DE OTRO VEHÍCULO**

Propietario  Género  M  F  
Documento tipo  Número  Teléfono  E-Mail   
Domicilio  CPA (Código Postal Argentino)   
Localidad:  Provincia:  País:   
Registro N°  Categoría/s  Vencimiento  Vigencia desde  Hasta   
Marca  Modelo  Tipo   
Dominio  Año  N° Motor  N° Chasis   
USO DEL VEHÍCULO  Particular  Comercial o carga  Taxi o Remise  Transporte público  Servicios de Urgencia  Fuerzas de seguridad  
Detalle de los daños del vehículo   
Examen de alcoholemia  Sí  No  ¿Se negó?  ¿El conductor es propietario?  Sí Continuar en el punto 7  No Completar la información que sigue  
Conductor   
Documento tipo  Número  Teléfono   
Domicilio  CPA (Código Postal Argentino)   
Localidad:  Provincia:  País:   
Estado Civil  Fecha de nacimiento  ¿Conductor habitual del vehículo?  Sí  No  
Registro N°  Categoría/s  Vencimiento  Vigencia desde  Hasta   
Expedido por   
Asegurado en  Póliza

7. DAÑOS A COSAS MATERIALES

Propietario \_\_\_\_\_ Género  M  F
Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_
Daño ocasionado a \_\_\_\_\_
Detalle de los daños \_\_\_\_\_

8. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

TIPO DE ACCIDENTE
 Frontal
 Posterior
 Lateral
 En cadena
 Vuelco
 Desplazamiento
 Inmersión
 Incendio
 Explosión
 Daño con carga
LUGAR
 Autopista
 Calle
 Avenida
 Curva
 Pendiente
 Túnel
 Sobre puente
 Otro: \_\_\_\_\_
COLISIÓN CON:
 Peatón
 Vehículo
 Transp. Público
 Edificio
 Columna
 Animal
 Otro: \_\_\_\_\_

CROQUIS
REFERENCIAS:
1) Asegurado
2) Tercero
3)
[Diagrama de croquis con ejes N, S, E, O]

DETALLES DEL SINIESTRO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigos \_\_\_\_\_

Si hubo intervención policial, indique comisaría: \_\_\_\_\_
Si se instruyó sumario, indique juzgado: \_\_\_\_\_

9. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F
Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
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  Sí  No  Se negó
Centro asistencial \_\_\_\_\_

10. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F
Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
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  Sí  No  Se negó
Centro asistencial \_\_\_\_\_

11. DATOS DEL DENUNCIANTE

¿El conductor es asegurado?  Sí  No (Completar la información que sigue)
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F
Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_ Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_ Actividad o Profesión \_\_\_\_\_
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Domicilio Real \_\_\_\_\_
Domicilio comercial \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada
Confeccionada (Lugar y fecha) \_\_\_\_\_
Presentada a la Compañía (Lugar y fecha) \_\_\_\_\_
Hora: \_\_\_\_\_

FIRMA

ACLARACIÓN