

Denuncia del siniestro - Sección automotores

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 COMPAÑÍA.

Aseguradora: _____ Siniestro N°: _____ Póliza N°: _____

¿Se hizo denuncia en la policía?: Sí NO . Comisaría N°: _____ Localidad: _____

Hubo actuación judicial?: Sí NO . Juzgado N°: _____ Causa N°: _____

Fecha del siniestro: ___/___/___ 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 señalado?: Sí NO .

Cruce tren. Barrera: Sí NO . ¿Cruce señalado?: Sí NO . Estado de barrera: _____

Semáforo: Sí NO . ¿Funciona?: Sí NO . Intermitente Color: _____

Tipo de calzada: _____ Estado de calzada: _____

Asegurado:

Nombre(s) y Apellido(s) o razón social: _____ DNI: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Tercero:

Propietario: _____ DNI: _____ Género: M F

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0

Conductor:

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M F

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0 Profesión: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil

Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Examen de alcoholemia: Sí NO Se negó . ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí NO .

Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: ___/___/___ ¿Es el propio asegurado?: Sí (continuar en "VEHICULO") NO

Relación con el asegurado: _____

Conductor tercero:

Examen de alcoholemia: Sí NO Se negó . ¿El conductor es el propietario?: Sí (continuar en "DAÑOS MATERIALES A COSAS") NO (completar la información que sigue).

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M F

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0 Profesión: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil

Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí NO .

Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: ___/___/___

Vehículo:

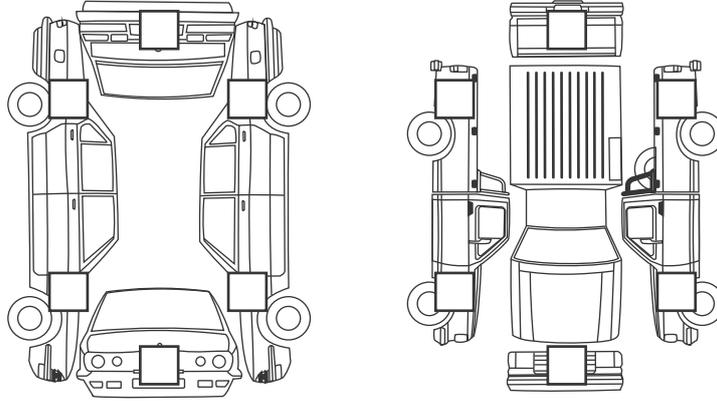
Marca: _____ Modedo: _____ Tipo: _____ Dominio: _____ Año: _____

Color: _____ Motor N°: _____ Chasis N°: _____

Antirrobo: Sí 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).



Vehículo tercero:

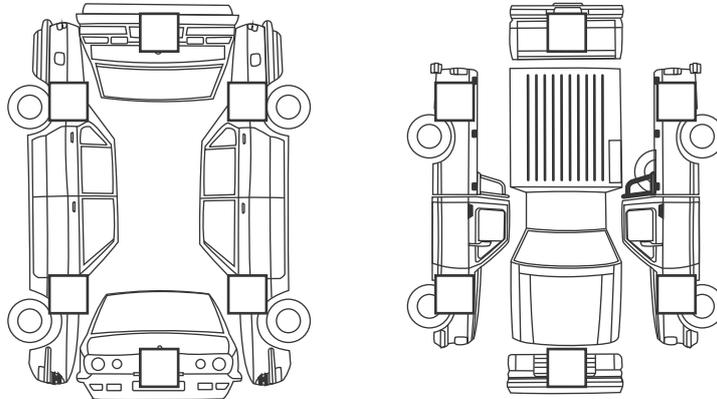
Marca: _____ Modedo: _____ Tipo: _____ Dominio: _____ Año: _____

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

Cobertura afectada: Robo: Parcial Total Incendio: Parcial Total Daño: Parcial Total



Daños del vehículo (detallar):

Daños del vehículo tercero (detallar):

Lesiones a terceros: Sí NO . En caso afirmativo completar los cuadros LESIONES.

Taller de reparación:

Nombre: _____ Teléfono: 0 Fecha Inspección: ___/___/___
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Taller de reparación tercero:

Nombre: _____ Teléfono: 0 Fecha Inspección: ___/___/___
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Uso interno de la compañía:

Cobertura: TR s/DP s/DT RC

Franquicia: CON SIN

 Recibido por
 (con sello de recepción)

Daños materiales a cosas:

Propietario: _____ DNI: _____ Género: M F
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Teléfono: 0

Detalle los daños:

Daños a terceros (1):

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M F
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Teléfono: 0 Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil
 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: _____

Daños a terceros (2):

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M F
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Teléfono: 0 Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil
 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: _____

Daños a terceros (3):

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M F
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0 Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil

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: _____

Testigos:

Importante: ofrezca siempre testigos, especialmente si Ud. no es responsable.

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Domicilio: _____ Teléfono: 0

Características del siniestro:

Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento Inmersión Incendio Explosión

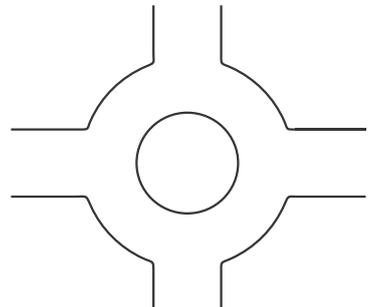
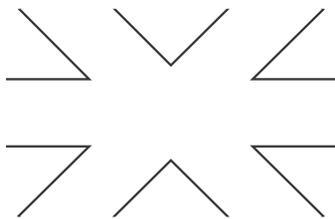
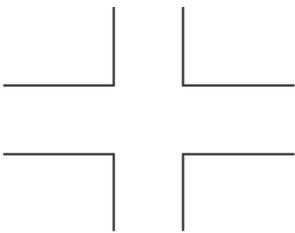
Daño c/la carga En autopista En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre puente

Otro : _____

Colisión con: Peatón Vehículo Transporte público Edificio Columna Animal Otro : _____

Croquis:

Dibujar situación de los vehículos en el accidente (detallar calles, avenidas, rutas, autopistas, sentido del tráfico, etc.)



Detalles del siniestro:

Área reservada para los detalles del siniestro.

Datos del denunciante:

¿Es el conductor o asegurado?: Sí (continuar en el *) NO (completar la información que sigue).

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M F

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0

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

Lugar: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___