



DENUNCIA DE SINIESTRO RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

(No utilizar este formulario para Responsabilidad Civil Profesional)

- SECCION 08 - RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL (No Profesionales)
- SECCION 09 - COBERTURA DE RESP. CIVIL EN SEGURO TÉCNICO
- SECCION 01 - COBERTURA DE RESP. CIVIL EN INTEGRAL DE CONSORCIO
- SECCION 22 - COBERTURA DE RESP. CIVIL EN EMBARCACIONES DE PLACER
- SECCION 24 - COBERTURA DE RESP. CIVIL EN COMBINADO FAMILIAR
- SECCION 25 - COBERTURA DE RESP. CIVIL EN INTEGRAL DE COMERCIO

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido:		Nombre:	
Razón Social:			
Doc. de Identidad: Tipo	N°	CUIT / CUIL N°	
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:	Nacionalidad:		
Actividad o Profesión:			
Domicilio real:		E-mail:	

2. DATOS DEL DENUNCIANTE (En caso que el denunciante sea el asegurado, pasar directamente al punto 3)

Apellido:		Nombre:	
Razón Social:			
Doc. de Identidad: Tipo	N°	CUIT / CUIL N°	Teléfono:
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:	Nacionalidad:		
Actividad o Profesión:			
Domicilio real:		E-mail:	
Vínculo o relación con el asegurado:			

3. DATOS DE LA PÓLIZA

Matrícula:	Productor N°:	Ramo:	Póliza/Endoso/Ítem:
Cobertura afectada:		Vigencia desde:	Hasta:
Ubicación del riesgo:			
En caso de tratarse de una maquinaria o equipo completar los siguientes datos:			
Marca:	Modelo:	N° de Motor:	
N° de Chasis:		Dominio:	

4. FECHA, HORA Y LUGAR DEL SINIESTRO

Fecha:		Hora:	
Domicilio:		Ruta N°:	Kilómetro:
Localidad:	Provincia:	País:	
Lugar exacto donde ocurrió el siniestro:			
¿Intervención Policial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Causa Penal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N°:	
Juzgado / Jurisdicción:			

(En caso de siniestro en la vía pública y/o con intervención de maquinarias y/o vehículos automotores, completar)

REMARCAR LAS
LINEAS VALIDAS.



INDICAR NOMBRES
DE CALLES.

INDICAR LUGAR DE SALIDA
INDICAR LUGAR DE DESTINO
POSICION DEL TESTIGO





5. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Detalles del siniestro / Forma de ocurrencia: _____

¿Quién es el causante directo del accidente? _____

¿Registra antecedentes de accidentes similares? Citar fechas próximas: _____

¿Qué medidas de seguridad se han tomado para evitar otros daños de la misma índole? _____

6. DAÑOS A COSAS MATERIALES

Propietario/s de los bienes dañados: _____

Doc. de Identidad: Tipo _____ N° _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

CP: _____

Provincia: _____

País: _____

E-mail: _____

Descripción de los bienes dañados: _____

Detalle de los daños: _____

Costo aproximado de los daños: _____

¿Qué relación existe entre el Asegurado y el causante del daño? _____

¿Qué relación existe entre el Asegurado y el damnificado? _____

Testigos: _____

Si hubo intervención policial, indique comisaría: _____

Si se instruyó sumario, indique juzgado: _____

7. LESIONES A TERCEROS

Apellido y nombre/s del lesionado 1: _____

Doc. de Identidad: Tipo _____ N° _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

CP: _____

Provincia: _____

País: _____

E-mail: _____

Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Qué relación (Contractual o extracontractual) existe entre el Asegurado y el causante del daño? _____

¿Qué relación (Contractual o extracontractual) existe entre el Asegurado damnificado? _____

Indicar tipo de lesiones: _____

Leves

Graves

Mortal



¿Recibió atención médica? SI NO SAME SI NO Móvil N°: _____

Nombre del médico (adjuntar certificado con el diagnóstico presuntivo): _____

¿Intervino una obra social prepaga? SI NO Empresa: _____

¿Intervino ART? SI NO Empresa: _____

Nombre del médico (adjuntar certificado con el diagnóstico presuntivo): _____

¿Fue hospitalizado? SI NO ¿Dónde? _____

Descripción de las lesiones: _____

Apellido y nombre/s del lesionado 2: _____

Doc. de Identidad: Tipo _____ N° _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____

Provincia: _____ País: _____ E-mail: _____

Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Qué relación (Contractual o extracontractual) existe entre el Asegurado y el causante del daño? _____

¿Qué relación (Contractual o extracontractual) existe entre el Asegurado dañado? _____

Indicar tipo de lesiones: Leves Graves Mortal

¿Recibió atención médica? SI NO SAME SI NO Móvil N°: _____

Nombre del médico (adjuntar certificado con el diagnóstico presuntivo): _____

¿Intervino una obra social prepaga? SI NO Empresa: _____

¿Intervino ART? SI NO Empresa: _____

Nombre del médico (adjuntar certificado con el diagnóstico presuntivo): _____

¿Fue hospitalizado? SI NO ¿Dónde? _____

Descripción de las lesiones: _____

8. DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA

9. OBSERVACIONES - NOTAS - INFORMACIÓN ADICIONAL



Declaro que las contestaciones que anteceden son verídicas y que no he omitido en ellas ningún detalle de importancia. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.

Confeccionada (Lugar y fecha): _____

Firma

Aclaración