



DENUNCIA DE SINIESTRO

1. DATOS DE PÓLIZA

Siniestro N°		Póliza N°	
Cobertura	Vigencia: Desde	Hasta	
COBERTURA AFECTADA: ROBO	Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	INCENDIO	Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
		DAÑO	Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social			
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		N°	Dpto.
CP	Loc.	Prov.	Piso
CP		País	Nac.
Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
Mail:			
¿Es el conductor al momento del accidente?			

3. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca	Modelo	Tipo
Dominio	Año	N° de Motor
N° de chasis		
Uso del vehículo: <input type="checkbox"/> Partic. <input type="checkbox"/> Remise <input type="checkbox"/> Comercial carga transp. Públ. <input type="checkbox"/> Serv. De urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/> Taxi		

4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Apellido y Nombre			
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		N°	dpto.
CP	Loc.	Prov.	Piso
CP		País	Nac.
Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
Examen de alcoholemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó		¿Conductor habitual del vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Registro N°:		Vencimiento:	

5. FECHA Y LUGAR DEL SINIESTRO

Fecha	Hora	Localidad	Prov.	País
Calle o Ruta		N° ó Km		
Intersección de/entre		y	¿Cruce señalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Semáforo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Funciona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Intermitente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Color
Estado del tiempo: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Lluvia <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Granizo <input type="checkbox"/> Nieve				
Barrera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Estado de Barrera:		
Tipo de calzada:		Estado de calzada:		

6. DAÑOS A TERCEROS Y COSAS MATERIALES

<input type="checkbox"/> Daños a Vehículos		<input type="checkbox"/> Otros _____		
Propietario			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tipo y N° de Documento		Teléfono		
Domicilio		N°	Dpto.	Piso
CP	Loc.	Prov.	País	Nac.
CP		País		Nac.
Marca	Modelo	Tipo de vehículo		
Dominio	Año	N° de motor	N° de chasis	
Asegurado en		Póliza	Registro N°	Vencimiento



**EVOLUCIÓN
SEGUROS**

Conductor		Estado Civil		Fecha de Nac.		
Tipo y N° de Documento			Teléfono			
Domicilio				N°	Dpto.	Piso
CP	Loc.	Prov.	País	Nac.		
Registro de conducir N°:			Vencimiento:			
Mail:						

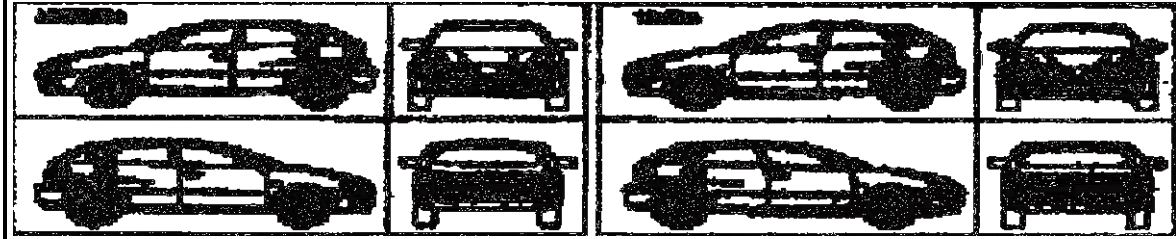
7. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

FORMA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO

Testigos

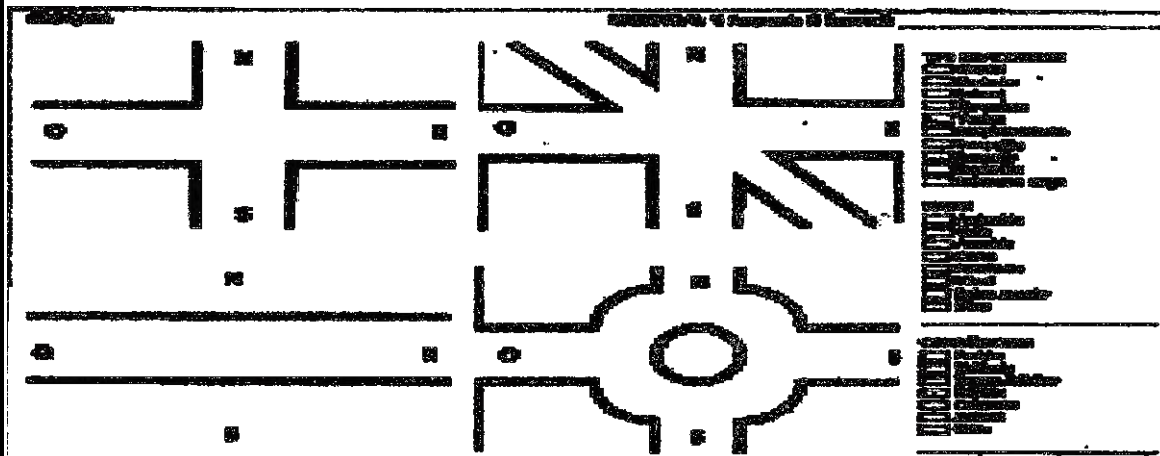
Si hubo intervención policial, proporcionar datos del acta, fecha de denuncia y comisaría - Y si fuera judicial, datos del juzgado, fuero y número de causa:

8. DETALLE DEL VEHÍCULO ASEGURADO Y DEL TERCERO



Se indican los daños en el gráfico.

DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:



9. LESIONES A TERCEROS (1)

Apellido y Nombre

Tipo y N° de Documento

Teléfono

Domicilio

N°

Dpto.

Piso

CP

Loc.

Prov.

País

Nac.

Fecha de Nacimiento

Estado Civil

Juzgado Interviniente: Comisaría Bomberos Juzgado Nro. de Causa

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: _____

10. LESIONES A TERCEROS (2)

Apellido y Nombre

Tipo y N° de Documento

Teléfono

Domicilio

N°

dpto.

Piso

CP

Loc.

Prov.

País

Nac.

Fecha de Nacimiento

Estado Civil

Juzgado Interviniente: Comisaría Bomberos Juzgado Nro. de Causa

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: _____

**11. OTROS INVOLUCRADOS EN EL ACCIDENTE**

12. INSPECCION

Lugar:
Taller:
Domicilio:
Telefono:
Fecha:
Franja horaria:

13. DATOS DEL DENUNCIANTE

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