

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

Productor: _____

POLIZA N° _____ SINIESTRO N° _____

1-FECHA DEL SINIESTRO

ESTADO DEL TIEMPO

Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____ Diurno Nocturno Seco Lluvia Granizo Niebla Nieve

2-LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad _____ Provincia _____

País _____ Calle _____ N° _____

Intersección de / Entre _____ y _____

Ruta N° _____ Km _____ Nacional Provincial Cruce con ruta N° _____ Cruce Señalizado? Si No

Cruce tren Barrera Si No Cruce señalizado Si No estado barrera _____

Semáforo Si No funciona? Si No Intermitente Color _____

Tipo de Calzada _____ Estado de calzada _____

3-DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Examen de Alcoholemia Si No Se negó

Conductor habitual del vehículo? Si No Registro N° _____ Vencimiento ____ / ____ / ____

Es el propio asegurado? Si (continuar en el punto 5) No Relación con el asegurado _____

4-DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social _____

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

5-DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____

N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del Vehículo particular comercial o carga taxi o remis Transp. Público Servicio de urgencia Fuerza de Seguridad

Cobertura afectada Robo parcial total incendio parcial total Daño parcial total

Detalle los daños del vehículo _____

6-DETALLE DEL VEHICULO DEL TERCERO (1)Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Domino _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del Vehículo Particular Comercial o carga Taxi o remis Transp. Público Servicio de urgencia Fuerza de Seguridad Tiene seguro No Si Compañía _____ N° Poliza _____

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de Alcoholemia del conductor Si No Se negó Conductor habitual del vehículo? Si (continuar en el punto 8) No (completar la información que sigue)Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Conductor habitual del vehículo Si No Registro N° _____ Vencimiento ____ / ____ / ____**7-DETALLE DEL VEHICULO DEL TERCERO (2)**Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Domino _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del Vehículo particular Comercial o carga Taxi o remis Transp. Público Servicio de urgencia Fuerza de Seguridad Tiene seguro No Si Compañía _____ N° Poliza _____

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor Si No Se negó El conductor es el propietario? Si (continua en el punto 8) No (completar la información que sigue)Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento _____

Conductor habitual del vehículo? Si No Registro N° _____ Vencimiento _____

8-DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F M

Tipo y Nº documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

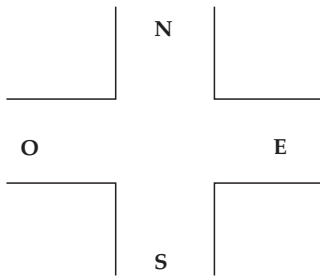
Localidad _____ Provincia _____ País _____

Detalle de los daños _____

9-CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento
Inmersión Incendio Explosión Daño en la carga
En autopista En calle En avenida En curva En pendiente En tunel Sobre puente otro
Colisión con: Peatón Vehículo Trans. público Edificio Columna Animal otro

CROQUIS



DETALLE DEL SINIESTRO

Autoridad Policial que intervino. Indicar Comisaría _____

Dar intervención a la autoridad policial para que constate el accidente aportando las mayores pruebas y testimonios.

10-DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? Si (continua en el punto 11) No (completar la información que sigue) Género F M

Nombre y Apellido _____

Tipo y Nº documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

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

Conforme establece el art. 46 incs. 2 y 3, art 56 ley 17.418 esta parte procede a suspender los plazos para expedirse, solicitando como previo adjunte fotografía de la unidad siniestrada registro de conductor y denuncia policial y/o autoridad competente (si corresponde).- independientemente de solicitar por otro medio fehaciente una ampliación de denuncia y/o cualquier otra información necesaria para verificar el siniestro:

Lugar _____ Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____

(3) Firma _____

(4) Firma _____

(3) Firma _____

(4) Firma _____

IMPORTANTE: CUANDO EL CONDUCTOR NO SEA EL ASEGURADO EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR AMBOS

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

POLIZA N° SINIESTRO N°

1-LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido Género F M

Tipo y N° de documento Teléfono

Domicilio C.P.

Localidad Provincia País

Estado Civil Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia Si No Se Negó

Centro Asistencial

1-LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido Género F M

Tipo y N° de documento Teléfono

Domicilio C.P.

Localidad Provincia País

Estado Civil Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia Si No Se Negó

1-LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido Género F M

Tipo y N° de documento Teléfono

Domicilio C.P.

Localidad Provincia País

Estado Civil Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia Si No Se Negó

1-LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido Género F M

Tipo y N° de documento Teléfono

Domicilio C.P.

Localidad Provincia País

Estado Civil Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia Si No Se Negó

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

Lugar Fecha ___ / ___ / ___ Hora

(3) Firma

Aclaración

(4) Firma

Aclaración