

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley nro. 25.326"

"La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Organismo de Control de la Ley nro. 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales"

Denuncia de Siniestro

IMPORTANTE: Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros N° 17.418, el Asegurado deberá comunicarel acaecimiento del Siniestro dentro de las 72 hrs. de conocerlo.

El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

ASEGURADO:

Póliza N°: **Compañía:** **Siniestro:**

1. FECHA DEL SINIESTRO

Fecha: Hora: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Calle/s: N°:

Localidad: Provincia:

Tipo de Calzada: Asfalto Empedrado Tierra Ripio Estado Calzada: Seco Mojado

Tipo de Lugar: Calle Autopista Avenida Bocacalle Curva Pendiente Túnel Sobre Puente Otros

Ruta N°: Km: Nacional Provincial Cruce con ruta N° Cruce señalizado: Si No

Cruce de Tren Barrera: Si No Cruce señalizado: Si No

Estado de barrera: Alta Baja Otro

Semáforo: Si No ¿Funciona? Si No Intermitente Color: Rojo Amarillo Verde

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:

Cel: E-mail:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro N°: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

4. TESTIGOS

Nombre y Apellido	Domicilio	Doc. N°	TE.	Ocupante del rodado, Transeúnte, etc.

5. DATOS DEL ASEGURADO (no completar si es el conductor)

Nombre y Apellido o Razón Social: Actividad:

Fecha de Nac.: Edad: Tipo y N° documento:

Estado Civil: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

6. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

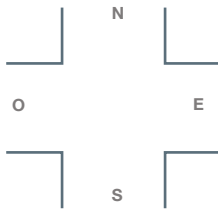
Marca: Modelo: Tipo: Dominio:
 Año: N° Motor: N° Chasis:
 Uso del vehículo: Particular Comercial Llevaba acompañante/s? SI NO Cuántos?

Detalle los daños del vehículo:

7. CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento Inmersión
 Incendio Explosión Daños c/ la carga Otros
 Colisión con: Peatón Vehículo Transp. Público Edificio Columna Animal Otro:
 Carácter de participación en el siniestro: Embestido Embistente Incendio Robo a mano armada Robo estacionado en vía publica
 Robo en garaje/Playa estacionamiento

CROQUIS Indicar las calles y el sentido con flechas.
Dibujar la posición de los vehículos.



DETALLES DEL SINIESTRO: el vehículo asegurado se encontraba

Utilizó Remolque o Auxilio? NO SI Cuál?

8. LESIONES DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento:
 Teléfono: Domicilio: CP:
 Localidad: Provincia: País:
 Parentesco del asegurado con el acompañante:

Detalle de las lesiones:

9. DATOS POLICIALES

Comisaría: N°: CP: Tipo: Provincial Federal
 Acta Folio N°: Causa Penal: Si No N°: Juzgado N°:
 Secretaria N°: Depto. Judicial:

10. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

Marca: Modelo: Tipo:
 Dominio: Año: N° Motor: N° Chasis:
 Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Servicio de urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle los daños del vehículo:

PROPIETARIO

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Actividad:	<input type="text"/>
Registro N°:	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Resultado: <input type="text"/>

CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Actividad:	<input type="text"/>
Registro N°:	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>	Asegurado en:	<input type="text"/>
				Póliza N°:	<input type="text"/>

11. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2) Completar solamente en caso de haber más de 1 vehículo involucrado

Marca:	<input type="text"/>	Modelo:	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="text"/>
Domino:	<input type="text"/>	Año:	<input type="text"/>	N° Motor:	<input type="text"/>
				N° Chasis:	<input type="text"/>
Uso del vehículo:	Particular <input type="checkbox"/>	Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Servicio de urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>	

Detalle los daños del vehículo:

PROPIETARIO

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Actividad:	<input type="text"/>
Registro N°:	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Resultado: <input type="text"/>

CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Actividad:	<input type="text"/>
Registro N°:	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>	Asegurado en:	<input type="text"/>
				Póliza N°:	<input type="text"/>

12. DAÑOS MATERIALES A COSAS (Edificio, Árbol, Volquete, Animal, Otros)

PROPIETARIO Nombre y Apellido:	<input type="text"/>				
Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>		
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>		
Localidad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>

Detalle de los daños:

DECLARACION DEL DENUNCIANTE

En caso de poseer cobertura de Robo me comprometo una vez reparado los daños que afectaron a la motocicleta a notificar y poner dicho motovehículo a su disposición para su verificación. Caso contrario tomo conocimiento para el supuesto que la motocicleta fuera robada, que se me descontará del monto indemnizatorio el valor actualizado de las reparaciones.

Declaro bajo juramento que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar:

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del asegurado o denunciante

Aclaración y DNI