

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 COMPAÑIA.

ASEGURADORA

SINIESTRO N°

POLIZA N°

Se hizo denuncia en la policía?

SI

NO

Comisaría N°:

Localidad:

Hubo actuación judicial?

SI

NO

Juzgado N°:

Causa N°:

FECHA DEL SINIESTRO:

Fecha de ocurrencia:

/

/

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 señalizado?

SI

NO

Cruce tren

Barrera: SI

NO

Cruce señalizado?

SI

NO

Estado de barrera:

Semáforo: SI

NO

Funciona?

SI

NO

Intermitente

Color:

Tipo de calzada:

Estado de calzada:

ASEGURADO

TERCERO

Nombre y Apellido o Razón Social:

Tipo y N° Documento:

Tel.:

Domicilio:

C.P.:

Loc.:

Prov.:

País:

Propietario:

Género

F

M

Tipo y N° Documento:

Tel.:

Domicilio:

C.P.:

Loc.:

Prov.:

País:

Nombre y Apellido:

Género

F

M

CONDUCTOR

Examen de alcoholemia SI

NO

se negó

El conductor es el propietario?

SI

(continuar en "DAÑOS MATERIALES A COSAS")

NO

(completar la información que sigue)

Nombre y Apellido:

Género

F

M

Tipo y N° Documento:

Domicilio:

Tel.:

C.P.:

Loc.:

Prov.:

País:

Estado Civil:

Profesión:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

/

/

Examen de alcoholemia

SI

NO

Se negó

Conductor habitual del vehículo?

SI

NO

Registro N°:

Categoría:

Vencimiento:

/

/

Es el propio asegurado?

SI

(continuar en "VEHICULO")

NO

Relación con el asegurado:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

/

/

Conductor habitual del vehículo?

SI

NO

Registro N°:

Categoría:

Vencimiento:

/

/

Marca:

Modelo:

VEHICULO

Marca:

Modelo:

Tipo:

Dominio:

Año:

Color:

Motor N°:

Chasis N°:

Antirrobo SI

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)

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

X

X

X

X

Detallar:

DAÑOS DEL VEHICULO

Detallar:

Lesiones a terceros: SI

NO

(en caso afirmativo completar atrás)

Nombre:

Domicilio:

Tel.:

Localidad:

Fecha Inspección:

/

/

Taller de Reparac.

Nombre:

Domicilio:

Tel.:

Localidad:

Fecha Inspección:

/

/

Cobertura

TR

s/DP

s/DT

RC

USO INTERNO DE LA CÍA.

Franquicia

CON

SIN

Observaciones:

RECIBIDO POR:

(con sello de recepción)

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario:

Género

F

M

Tipo y N° Documento:

Tel.:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

País:

Detalle los daños:

LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____
 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 ☐ **Tipo de lesiones** Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐ **Examen de alcoholemia** SI ☐ NO ☐ Se negó ☐
 Centro asistencial: _____

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____
 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 ☐ **Tipo de lesiones** Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐ **Examen de alcoholemia** SI ☐ NO ☐ Se negó ☐
 Centro asistencial: _____

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____
 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 ☐ Tipo de lesiones Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐ Examen de alcoholemia SI ☐ NO ☐ Se negó ☐
 Centro asistencial: _____

TESTIGOS (IMPORTANTE) OFREZCA SIEMPRE TESTIGOS, ESPECIALMENTE SI UD. NO ES RESPONSABLE

Nombre y Apellido:	Domicilio:	Teléfono:

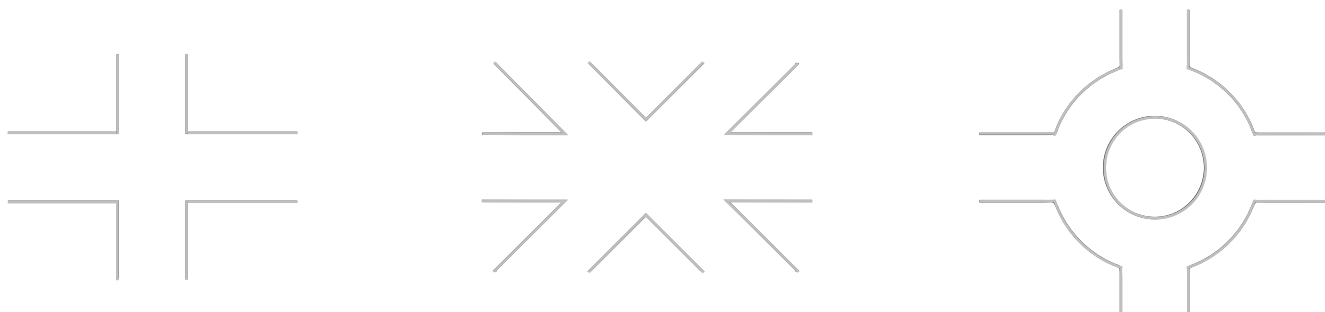
CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente

Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐ Inmersión ☐ Incendio ☐ Explosión ☐ Daño c/a 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: _____



DETALLES DEL SINIESTRO

[illegible]

DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI ☐ (continuar en el *) NO ☐ (completar la información que sigue)

Nombre y Apellido: _____ Género F ☐ M ☐ Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

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

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____