



DENUNCIA DE SINIESTRO

AUTOMOTORES

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. FECHA DEL SINIESTRO

Fecha ___/___/___ Hora _____

Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

ESTADO DEL TIEMPO

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 Calzada _____

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO 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 VEHÍCULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

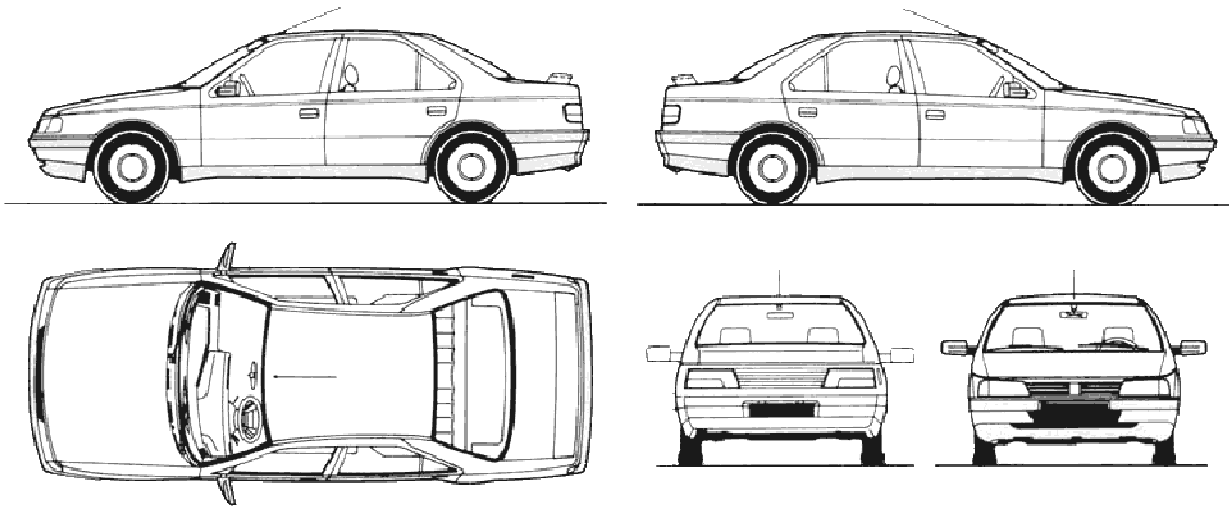
Dominio _____ Año _____

N°. Motor _____ N°. Chasis _____

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

Detalle los daños del vehículo _____



Taller Donde será llevado para su inspección:

6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____ N°. Motor _____ N°. Chasis _____

Uso del vehículo particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó

El conductor es el propietario? 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 OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____ N°. Motor _____ N°. Chasis _____

Uso del vehículo particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
 El conductor es el propietario? 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: ___ / ___ / ___

8. LESIONES DERIVADAS DEL HECHO:

8.1. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido _____ Género F M
 Tipo y N° 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
 Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal
 Examen de alcoholemia SI NO Se negó
 Centro Asistencial _____

8.2. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido _____ Género F M
 Tipo y N° 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
 Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal
 Examen de alcoholemia SI NO Se negó
 Centro Asistencial _____

8.3. LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido _____ Género F M
 Tipo y N° 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
 Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal
 Examen de alcoholemia SI NO Se negó
 Centro Asistencial _____

8.4. LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido _____ Género F M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___
 Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado

Tipo de lesiones Pasajero otro vehículo Leves Graves (con internación) Mortal Peatón
 Examen de alcoholemia SI NO Se negó
 Centro Asistencial _____

9. DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Detalle los daños : _____

10. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente frontal posterior lateral en cadena vuelco desplazamiento
 inmersión incendio explosión daño c/ la carga
 En Autopista En calle En avenida En Curva En pendiente En túnel Sobre Puente Otro: _____
 Colisión con: peatón vehículo Transp. públ. edificio columna animal Otro: _____

CROQUIS

N
 O E
 S

DETALLES DEL SINIESTRO

11. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI (continuar en el punto 11) NO (completar la información que sigue)
 Nombre y Apellido _____ Género F M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____

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

Lugar _____ Firma _____
 Fecha ___ / ___ / ___
 Hora _____ Aclaración _____