

Necochea 183 - Mendoza Capital - Prov. Mendoza - CP 5500 - Tel. 0261 429 8388 - Fax. 0261 429 9929 | Av. E. Madero 942 piso 16 - Cap. Federal - Prov. Buenos Aires - CP 1106 - tel. 011 4310 5400 - Fax. 011 4310 5400 interno 5535  
 Av. Paseo Colón 505 1º piso - Cap. Federal - Tel. 011 4136 5100 | Av. Moreno 503, Tres Arroyos, Prov. Buenos Aires - CP 7500 - tel. 02983 434090 Fax 02983 434090 interno 2224 | e-mail ante cualquier consulta : [consultaweb@lamercantil.com.ar](mailto:consultaweb@lamercantil.com.ar)

PÓLIZA N°				SINIESTRO N°			
1- FECHA DEL SINIESTRO		FECHA	/	/	HORA	EST. DEL TIEMPO	DIURNO <input type="checkbox"/> NOC. <input type="checkbox"/> SECO <input type="checkbox"/> LLUVIA <input type="checkbox"/> NIEBLA <input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> NIEVE <input type="checkbox"/>
2- LUGAR DEL SINIESTRO		LOCALIDAD			PROVINCIA		PAÍS
CALLE							N°
INTERSECCIÓN DE / ENTRE Y							
RUTA N°	KM. N°	PROVINCIAL <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	CRUCE CON RUTA N°		CRUCE SEÑALIZADO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CRUCE TREN CON BARRERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRUCE SEÑALIZADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESTADO BARRERA			
SEMÁFORO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FUNCIONA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INTERMITENTE <input type="checkbox"/>	COLOR			
TIPO DE CALZADA				ESTADO CALZADA			
3- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO				NOMBRE Y APELLIDO			
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO			TELÉFONO		
DOMICILIO				C.P.	LOCALIDAD		
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO			/ /
PROFESIÓN	EX. DE ALCOHOLEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REGISTRO N°		
VENCIMIENTO DEL REGISTRO	/ /	ES EL PROPIO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 5) <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO			
4- DATOS DEL ASEGURADO				NOMBRE Y APELLIDO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
TIPO Y N° DOCUMENTO			PROFESIÓN	TELÉFONO			
DOMICILIO				C.P.			
LOCALIDAD		PROVINCIA	PAÍS				
5- DATOS DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO		MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO		
AÑO	CARROCERÍA TIPO	N° CHASIS	N° MOTOR	COLOR			
TIPO DE USO	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/>	TAXI O REMIS <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>	SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/>	FZAS. DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/>	
COBERTURA AFECTADA	ROBO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	INCENDIO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/>
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO							
6- DATOS DEL OTRO VEHÍCULO (1)		NOMBRE Y APELLIDO DEL CONDUCTOR					
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO			TELÉFONO		
DOMICILIO				C.P.	LOCALIDAD		
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO			/ /
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO	AÑO			
TIPO DE USO	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/>	TAXI O REMIS <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>	SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/>	FZAS. DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/>	
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO							
COMPAÑÍA ASEGURADORA				N° DE PÓLIZA			
NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO							
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO			TELÉFONO		

DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
7- DATOS DEL OTRO VEHÍCULO (2)		NOMBRE Y APELLIDO DEL CONDUCTOR	
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
EX. DE ALCOHOLEMIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REGISTRO N°	VENCIMIENTO DEL REG. / /
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO AÑO
TIPO DE USO	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/>	TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/>
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO			
COMPAÑÍA ASEGURADORA		N° DE PÓLIZA	
NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO			
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
8- DAÑOS MATERIALES A COSAS		NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO		C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO: / /		
DETALLE LOS DAÑOS			
9- CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO		TIPO DE ACCIDENTE	
		FRONTAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> EN CADENA <input type="checkbox"/> VUELCO <input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> INMERSIÓN <input type="checkbox"/>	
INCENDIO <input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN <input type="checkbox"/> DAÑO CON LA CARGA <input type="checkbox"/> EN AUTOPISTA <input type="checkbox"/> EN CALLE <input type="checkbox"/> EN AVENIDA <input type="checkbox"/> EN CURVA <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> EN TÚNEL <input type="checkbox"/> SOBRE PUENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
COLISIÓN CON		PEATÓN <input type="checkbox"/> VEHÍCULO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> ANIMAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
10- DATOS DEL DENUNCIANTE		ES EL CONDUCTOR O ASEGURADO? SI <input type="checkbox"/> (CONTINUAR EN EL PUNTO 11) NO <input type="checkbox"/> (COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SIGUE)	
NOMBRE Y APELLIDO			SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
11- LOS DATOS Y DEMÁS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA			
LUGAR - FECHA - HORA		FIRMA Y ACLARACIÓN	