

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

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
Pais 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 Nego
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 Trasnsp. Público Servicio de urgencia Fuerzas de seguridad
Cobertura afectada Robo: parcial total Incendio: parcial total Daño: parcial total
Tipo de Combustible: Nafta Gasoil GNC Gas Licuado de Petróleo (Propano - Butano)
Detalle los daños del vehículo
Taller Mecánico donde será llevado
Dirección Tel. Indicar Fecha
DAR AVISO A LA COMPAÑÍA CON UN DÍA DE ANTICIPACIÓN, COMO MÍNIMO.

6- DETALLES DEL OTRO VEHICULO (1)

Propietario Género F M
Tipo y N° documento Teléfono
Domicilio C.P.
Localidad Provincia País
Marca Modelo Tipo
Asegurado en N° de póliza
Dominio Año N° Motor N° Chasis
Uso del vehículo particular comercial o carga taxi o remis trasnsp. Público servicio de urgencia fuerzas de seguridad
Detalle los daños del vehículo
Examen de alcoholemia del conductor Si No Se Nego
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 / /

Formulario aprobado por Resolución N° 30506 Superintendencia de Seguros de la Nación que debe ser cumplimentado por el Asegurado.

El asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacciones sin anuencia del Asegurador (Cláusula 7 de las Condiciones Generales de la Póliza. Art. 116 Ley de Seguros N° 17418)

DENUNCIA DE SINIESTRO El asegurado comunicará al asegurador el acacimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder derecho de ser indemnizado (Art. 46, 47, y 115 Ley de Seguros N° 17418).

7- DETALLE DEL OTRO VEHICULO (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 ☐ trasnsp. Público ☐ servicio de urgencia ☐ fuerzas de seguridad ☐

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor Si ☐ No ☐ Se Nego ☐

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- DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F ☐ M ☐

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Detalle los daños: _____

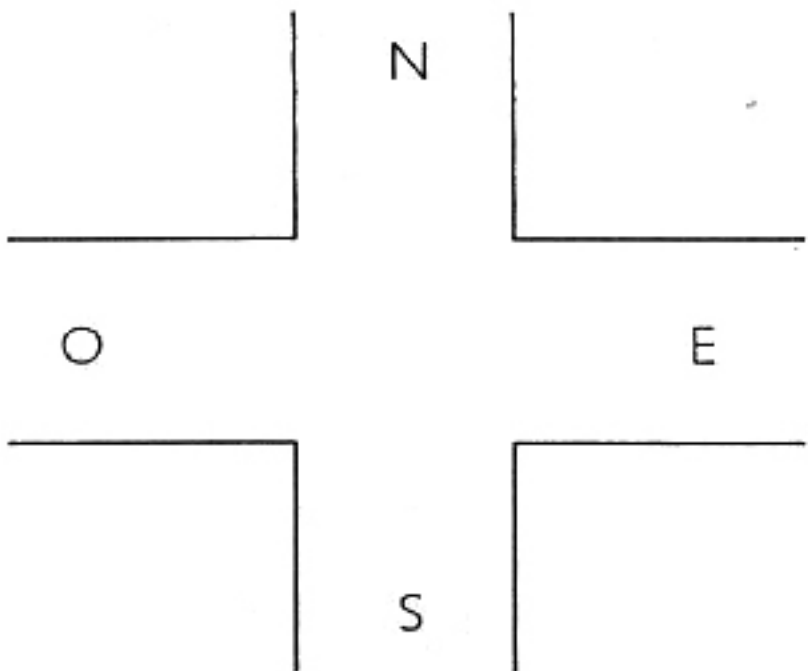
9 - CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

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.público ☐ edificio ☐ columna ☐ animal ☐ Otro _____

CROQUIS



DETALLE DEL SINIESTRO

Autoridad Policial que intervino. Indicar Comisaria _____

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 ☐ (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 _____

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

Lugar _____ Fecha ____/____/____ Hora _____

(3) Firma _____

(4) Firma _____

Aclaración _____

Aclaración _____

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

Centro Asistencial

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

Centro Asistencial

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

Centro Asistencial

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

Lugar Fecha / / Hora

(3) Firma

(4) Firma

Aclaración

Aclaración

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

perder derecho de ser indemnizado (Art. 46, 47, y 115 Ley de Seguros N° 17418).

DENUNCIA DE SINIESTRO El asegurado comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena