



COBERTURA: La denuncia debe estar acompañada del registro del conductor y fotos del vehículo asegurado (NO ENTREGAR A TERCEROS).

PRODUCTOR:

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

Los campos señalados con ★SON OBLIGATORIOS. El incumplimiento de ésta obligación podrá dar lugar al rechazo del siniestro denunciado.

★PÓLIZA N°:

SINIESTRO N°:

★ 1 - FECHA DEL SINIESTRO

Fecha: / / Hora: Diurno Nocturno Estado del tiempo: Seco LLuvia Granizo Niebla Nieve

★ 2 - LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad: Provincia: País:
Calle Avenida N°
Intersección de / entre: y
Ruta N°: Km. Nacional Provincial Cruce con Ruta N°: ¿Cruce señalado? Si No
 Cruce tren: Barrera: Si No Cruce señalado: Si No Estado Barrera:
Semáforo: Si No Funciona: Si No Intermitente Color:
Tipo de Calzada: Estado de Calzada:

★ 3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: Ocupación: Genero: F M
Tipo y nro. de Documento: Fecha de Nacimiento: / / Estado Civil:
Domicilio: Domicilio Laboral: C.P.:
Localidad: Provincia: País:
Teléfonos: Part.: Cel.: e-mail:
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: Ocupación:
Tipo y nro. de Documento: Tel.:Part.: Cel.: e-mail:
Domicilio: Domicilio Laboral: C.P.:
Localidad: Provincia: País:

★ 5 - DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO (1)

Marca: Modelo: Tipo:
Dominio: Año:
N° Motor: N° Chasis:
Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Taxi o remis Transporte público Servicio de urgencia Fuerzas de seguridad
Cobertura afectada: Robo Parcial Total Incendio: Parcial Total Daño: Parcial Total RC
Tipo de combustible: Nafta Gasoil GNC Gas Licuado de Petróleo (Propano-Butano)
Detalle de 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.

ATENCIÓN: 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)

★ 6 - DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2) (En caso de colisión con otro vehículo)

Propietario:	Tel.: Part.:		Cel.:	Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo y N° de Documento:	Tel.: Part.:		Cel.:	
Domicilio:	C. Postal:			
Localidad:	Provincia:	País:		
Marca:	Modelo:	Tipo:		
Asegurado en:	N° de póliza:			
Dominio:	Año:			
N° Motor:	N° Chasis:			
Uso del vehículo: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicio de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad				
Detalle de los daños del vehículo:				

Examen de Alcoholemia del conductor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó				
¿El conductor es el propietario? <input type="checkbox"/> Si (Continuar en el punto 8) <input type="checkbox"/> No (Completar la información que sigue)				
Conductor:	Fecha de Nacimiento: / /		Estado Civil:	Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo y nro. de Documento:	Fecha de Nacimiento: / /		Estado Civil:	
Domicilio:	C.P.:			
Localidad:	Provincia:	País:		
Teléfonos: Particular:	Cel.:			
¿Conductor habitual del vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Registro N°:	Vencimiento: / /		

7 - DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (3) (En caso de colisión múltiple)

Propietario:	Tel.: Particular:		Cel.:	Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo y N° de Documento:	Tel.: Particular:		Cel.:	
Localidad:	Provincia:	País:		
Marca:	Modelo:	Tipo:		
Asegurado en:	N° de póliza:			
Dominio:	Año:			
N° Motor:	N° Chasis:			
Uso del vehículo: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicio de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad				
Detalle de los daños del vehículo:				

Examen de Alcoholemia del conductor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó				
¿El conductor es el propietario? <input type="checkbox"/> Si (Continuar en el punto 8) <input type="checkbox"/> No (Completar la información que sigue)				
Conductor:	Fecha de Nacimiento: / /		Estado Civil:	Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo y nro. de Documento:	Fecha de Nacimiento: / /		Estado Civil:	
Domicilio:	C.P.:			
Localidad:	Provincia:	País:		
Teléfonos:	Cel.:			
¿Conductor habitual del vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Registro N°:	Vencimiento: / /		

★ 8 - DAÑOS MATERIALES A COSAS - Detalle de objetos dañados (Que no hayan sido vehículos)

Propietario:	Tel.: Particular:		Cel.:	Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Tipo y N° de Documento:	Tel.: Particular:		Cel.:	
Domicilio:	C.P.:			
Localidad:	Provincia:	País:		
Detalle de los daños:				

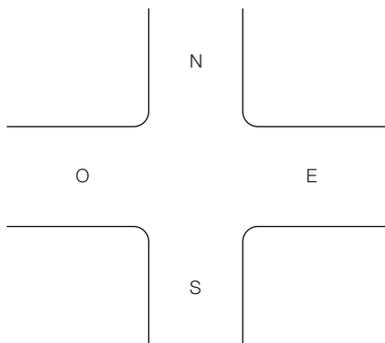
★ 9 - ¿PRODUJO EL VEHICULO ASEGURADO LESIONES A PERSONAS? Si No Si su respuesta es Si continúe con el Anexo I

★ 10 - CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente:	<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> En cadena	<input type="checkbox"/> Vuelco	Tipo de siniestro:	<input type="checkbox"/> Accidente Tránsito
	<input type="checkbox"/> Inmersión	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Daño c/la carga	<input type="checkbox"/> Desplazamiento		<input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Hurto
							<input type="checkbox"/> Incendio
							<input type="checkbox"/> Destr. Total

En autopista	<input type="checkbox"/> En calle	<input type="checkbox"/> En avenida	<input type="checkbox"/> En curva	<input type="checkbox"/> En pendiente	<input type="checkbox"/> En túnel	<input type="checkbox"/> Sobre puente	Otro:
Colisión con:	<input type="checkbox"/> Peatón	<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Transp. público	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Columna	<input type="checkbox"/> Animal	Otro:

Croquis:



Detalle del siniestro:

Puede Ud. realizar un detalle más amplio si así lo considera adjuntándolo con una nota a la presente denuncia. Es valorado por nuestra Empresa que Ud. realice un detalle pormenorizado de los hechos.

TESTIGOS DEL SINIESTRO:**Testigo 1:**

Nombre y Apellido:
 Domicilio:
 DNI: Tel. Part.: Cel.:

Testigo 2:

Nombre y Apellido:
 Domicilio:
 DNI: Tel. Part.: Cel.:

Autoridad Policial que intervino (Indicar comisaría):

Dar intervención a la autoridad policial para que constate el accidente, aportando las mayores pruebas y testimonios.

★ 11 - DATOS DEL DENUNCIANTE¿Es el conductor asegurado? Sí (Continuar en el punto 11) No (Completar la información que sigue)Nombre y Apellido: Género: F M

Tipo y N° de documento: Tel.: Particular: Cel.:

Domicilio: C.P.:

Localidad: Provincia: País:

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

Lugar:

Fecha: / / Hora:

Firma del Conductor

Firma del Asegurado

Aclaración del Conductor

Aclaración del Asegurado

DENUNCIA DE SINIESTRO

EL ASEGURADO COMUNICARÁ AL ASEGURADOR EL ACERCIAMIENTO DEL SINIESTRO DENTRO DE LOS TRES DÍAS DE CONOCERLO, BAJA PENA DE PERDER DERECHO DE SER INDEMNIZADO (ART. 46. 47 Y 115 LEY DE SEGUROS N° 17418).

IMPORTANTE

CUANDO EL CONDUCTOR NO SEA EL ASEGURADO, EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR AMBOS.

★ El presente anexo debe completarse en forma Obligatoria en el caso que el vehículo asegurado produjera lesiones a personas.

ANEXO I (Lesiones)

PÓLIZA N°:		SINIESTRO N°:	
1 - LESIONES A TERCEROS (1)			
Nombre y Apellido:		Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y nro. de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	
Estado Civil:	Tel.: Particular:	Cel.:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el asegurado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Relación con el asegurado:		Tipos de lesiones:	
<input type="checkbox"/> Conductor veh. asegurado <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación)	
<input type="checkbox"/> Pasajero veh. asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo		<input type="checkbox"/> Mortal	
Exámen de alcoholemia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó		<input type="checkbox"/> Peatón	
Centro Asistencial:			
1 - LESIONES A TERCEROS (2)			
Nombre y Apellido:		Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y nro. de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	
Estado Civil:	Tel.: Particular:	Cel.:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el asegurado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Relación con el asegurado:		Tipos de lesiones:	
<input type="checkbox"/> Conductor veh. asegurado <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación)	
<input type="checkbox"/> Pasajero veh. asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo		<input type="checkbox"/> Mortal	
Exámen de alcoholemia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó		<input type="checkbox"/> Peatón	
Centro Asistencial:			
1 - LESIONES A TERCEROS (3)			
Nombre y Apellido:		Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y nro. de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	
Estado Civil:	Tel.: Particular:	Cel.:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el asegurado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Relación con el asegurado:		Tipos de lesiones:	
<input type="checkbox"/> Conductor veh. asegurado <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación)	
<input type="checkbox"/> Pasajero veh. asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo		<input type="checkbox"/> Mortal	
Exámen de alcoholemia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó		<input type="checkbox"/> Peatón	
Centro Asistencial:			
1 - LESIONES A TERCEROS (4)			
Nombre y Apellido:		Genero: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y nro. de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	
Estado Civil:	Tel.: Particular:	Cel.:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el asegurado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Relación con el asegurado:		Tipos de lesiones:	
<input type="checkbox"/> Conductor veh. asegurado <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación)	
<input type="checkbox"/> Pasajero veh. asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo		<input type="checkbox"/> Mortal	
Exámen de alcoholemia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó		<input type="checkbox"/> Peatón	
Centro Asistencial:			

► Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada. Su falsedad será pasible de Acciones Penales y/o Administrativas.

Lugar: _____ Fecha: / / Hora: _____

Firma del Conductor

Firma del Asegurado

Aclaración del Conductor

Aclaración del Asegurado