

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°: _____

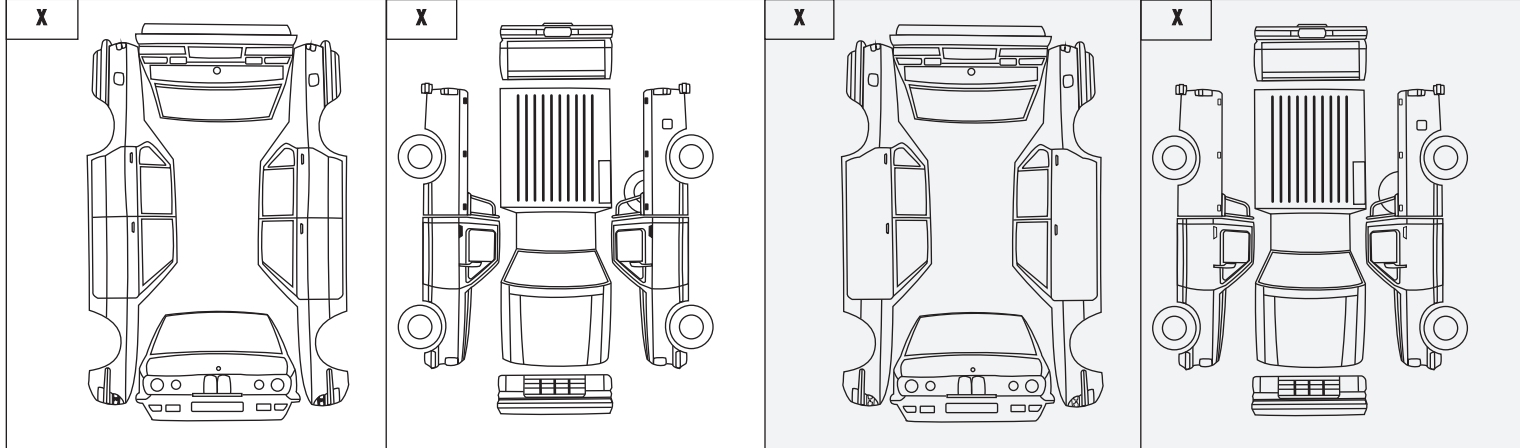
FECHA DEL SINIESTRO: Fecha de ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hora: _____ **ESTADO DEL TIEMPO:** Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

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: _____ | Propietario: _____ Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____ | Tipo y N° Documento: _____ Tel.: _____ |
| Domicilio: _____ C.P.: _____ Loc.: _____ | Domicilio: _____ C.P.: _____ Loc.: _____ |
| Prov.: _____ País: _____ | Prov.: _____ País: _____ |

| CONDUCTOR | EXAMEN DE ALCOHOLEMIA |
|--|--|
| Nombre y Apellido: _____ Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Examen de alcoholemia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se negó <input type="checkbox"/> El conductor es el propietario? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Tipo y N° Documento: _____ Domicilio: _____ | (continuar en "DAÑOS MATERIALES A COSAS") NO <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue) |
| Tel.: _____ C.P.: _____ Loc.: _____ Prov.: _____ | Nombre y Apellido: _____ Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| País: _____ Estado Civil: _____ Profesión: _____ | Tipo y N° Documento: _____ Domicilio: _____ |
| Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Examen de alcoholemia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Tel.: _____ C.P.: _____ Loc.: _____ Prov.: _____ |
| Se negó <input type="checkbox"/> Conductor habitual del vehículo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Registro N°: _____ | País: _____ Estado Civil: _____ Profesión: _____ |
| Categoría: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____ Es el propio asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Conductor habitual del vehículo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| (continuar en "VEHICULO") NO <input type="checkbox"/> Relación con el asegurado: _____ | Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____ |

| VEHICULO | VEHICULO |
|---|---|
| Marca: _____ Modelo: _____ | Marca: _____ Modelo: _____ |
| Tipo: _____ Dominio: _____ Año: _____ | Tipo: _____ Dominio: _____ |
| Color: _____ Motor N°: _____ Chasis N°: _____ | Año: _____ Color: _____ |
| Antirrobo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cristales grabados SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> | Motor N°: _____ Chasis N°: _____ |
| Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> | Asegurado en: _____ Póliza N°: _____ |
| Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/> Cobertura afectada: Robo Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Incendio Parcial <input type="checkbox"/> | Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> |
| Total <input type="checkbox"/> Daño Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> (obligatorio marcar cobertura afectada) | Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/> |



| DAÑOS DEL VEHICULO | DAÑOS DEL VEHICULO |
|--------------------|--------------------|
| Detallar: _____ | Detallar: _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Lesiones a terceros: SI NO (en caso afirmativo completar atrás)

| | | |
|---|---------------------------|---|
| Nombre: _____ | Taller de Reparac. | Nombre: _____ |
| Domicilio: _____ Tel.: _____ | | Domicilio: _____ Tel.: _____ |
| Localidad: _____ Fecha Inspección: ____ / ____ / ____ | | Localidad: _____ Fecha Inspección: ____ / ____ / ____ |

| | |
|--|---|
| Cobertura <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> s/DP <input type="checkbox"/> s/DT <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> | USO INTERNO DE LA CÍA. |
| Franquicia <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | |
| 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: |
|--------------------|------------|-----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

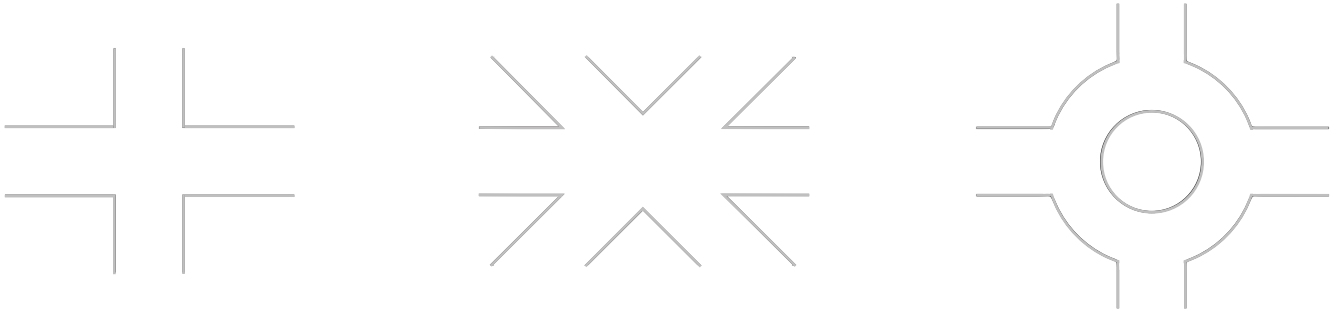
Tipo de accidente

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 Transporte público Edificio Columna Animal Otro: _____

CROQUIS Dibujar situación de los vehículos en el accidente (detallar calles, avenidas, rutas, autopistas, sentido del tráfico, etc.)



DETALLES DEL SINIESTRO

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: _____