

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO - ASEGURADO

SECCION AUTOMOTORES

IMPORTANTE: Le agradecemos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

1. Escriba con letra de imprenta. 2. No deje de completar todos los datos de este formulario. 3. Recuerde firmarlo y fecharlo

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo. El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

POLIZA NUMERO	ITEM NUMERO	SINIESTRO FECHA	SINIESTRO HORA	SINIESTRO NUMERO	
ESTADO DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/> DIURNO	<input type="checkbox"/> SECO	<input type="checkbox"/> NIEBLA	<input type="checkbox"/> NIEVE	USO EXCLUSIVO CIA
	<input type="checkbox"/> NOCRURNO	<input type="checkbox"/> LLUVIA	<input type="checkbox"/> DESPEJADO	<input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> OTROS	

2. LUGAR DEL SINIESTRO

LOCALIDAD	PROVINCIA	PAIS
CALLE O NUMERO DE RUTA (NACIONAL O PROVINCIAL)	INTERSECCION DE / ENTRE	
CRUCE CON:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RUTA NUMERO	SEÑALIZADO	CRUCE SEÑALIZADO
TREN BARRERA	ESTADO	CRUCE SEÑALIZADO
SEMAFORO	FUNCIONA BIEN	EN QUE COLOR
TIPO DE CALZADA	ESTADO DE LA CALZADA	

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F / M	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	FECHA NACIMIENTO	
OCUPACION	DOCUMENTO TIPO Y NUMERO	ESTADO CIVIL	
REGISTRO DE CONDUCIR	CATEGORIA	EXPEDIDO POR	VENCIMIENTO
EXAMEN DE ALCOHOLEMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	ES EL CONDUCTOR HABITUAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ES EL PROPIO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RELACION CON EL ASEGURADO	
CONTINUAR EN EL PUNTO 5.			

4. DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES		DOCUMENTO TIPO Y NUMERO	
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAIS	OCUPACION

5. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO	AÑO
NUMERO DE MOTOR		NUMERO DE CHASIS		
USO	PARTICULAR	COMERCIAL	TAXI / REMIS	TPP
COBERTURA AFECTADA	ROBO	INCENDIO	DAÑO	SERV/URGENCIA
	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	SERV/SEGURIDAD
	TOTAL	TOTAL	TOTAL	DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHICULO



6. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

PROPIETARIO - APELLIDO Y NOMBRES						GENERO	
						COLOCAR F / M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO	
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
MARCA		MODELO		TIPO		DOMINIO	AÑO
NUMERO DE MOTOR				NUMERO DE CHASSIS			
USO	PARTICULAR	COMERCIAL	TAXI / REMIS	TPP	SERVURGENCIA	SERVSEGURIDAD	

DETALLE DE LOS DAÑOS DEL VEHICULO

CONDUCTOR - APELLIDO Y NOMBRES						GENERO	
						COLOCAR F / M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO	
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
REGISTRO DE CONDUCIR		CATEGORIA		EXPEDIDO POR		VENCIMIENTO	
EXAMEN DE ALCOHOLEMIA			SI	NO	SE NEGÓ	ES EL CONDUCTOR HABITUAL	
						SI	NO

7. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2)

PROPIETARIO - APELLIDO Y NOMBRES						GENERO	
						COLOCAR F / M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO	
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
MARCA		MODELO		TIPO		DOMINIO	AÑO
NUMERO DE MOTOR				NUMERO DE CHASSIS			
USO	PARTICULAR	COMERCIAL	TAXI / REMIS	TPP	SERVURGENCIA	SERVSEGURIDAD	

DETALLE DE LOS DAÑOS DEL VEHICULO

CONDUCTOR - APELLIDO Y NOMBRES						GENERO	
						COLOCAR F / M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO	
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
REGISTRO DE CONDUCIR		CATEGORIA		EXPEDIDO POR		VENCIMIENTO	
EXAMEN DE ALCOHOLEMIA			SI	NO	SE NEGÓ	ES EL CONDUCTOR HABITUAL	
						SI	NO



8. DAÑOS MATERIALES A COSAS (1)

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F/M	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
DETALLE DE LOS DAÑOS A COSAS			

9. DAÑOS MATERIALES A COSAS (2)

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F/M	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
DETALLE DE LOS DAÑOS A COSAS			

10. LESIONES A TERCEROS (1)

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F/M	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON EL ASEGURADO	
CONDUCTOR OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>	PASAJERO OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>
		PEATON	<input type="checkbox"/>
		PASAJERO VEHICULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/>
TIPO DE LESIONES:	LEVES <input type="checkbox"/>	GRAVES <input type="checkbox"/>	MORTAL <input type="checkbox"/>
		EIALCOHOLEMIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL			

11. LESIONES A TERCEROS (2)

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F/M	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON EL ASEGURADO	
CONDUCTOR OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>	PASAJERO OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>
		PEATON	<input type="checkbox"/>
		PASAJERO VEHICULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/>
TIPO DE LESIONES:	LEVES <input type="checkbox"/>	GRAVES <input type="checkbox"/>	MORTAL <input type="checkbox"/>
		EIALCOHOLEMIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL			



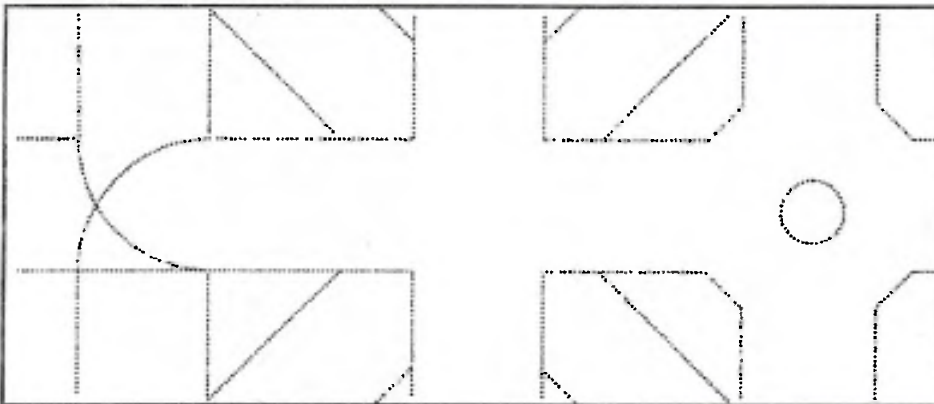
12. LESIONES A TERCEROS (3)

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F/M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON EL ASEGURADO	
CONDUCTOR OTRO VEHICULO	PASAJERO OTRO VEHICULO	PEATON	PASAJERO VEHICULO ASEGURADO
TIPO DE LESIONES:	LEVES	GRAVES	MORTAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E/ALCOHOLEMIA:
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGO <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL			

13. TIPO DE ACCIDENTE

FRONTAL	POSTERIOR	EN CADENA	LATERAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VUELCO	DESPLAZA	INCENDIO	INMERSION
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLOSION	DAÑOS A LA CARGA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EN AUTOPISTA	EN CALLE	EN AVENIDA	EN CURVA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN PENDIENTE	EN TUNEL	SOBRE PUENTE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COLISION CON:	PEATON	VEHICULO	EDIFICIO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			COLUMNA
			<input type="checkbox"/>
			ANIMAL
			<input type="checkbox"/>
			TPP
			<input type="checkbox"/>

14. DETALLE DEL SINIESTRO



- Vehículo asegurado
- Otros Vehículos
- Sentido de Circulación
- Trayectoria hasta impacto
- Semáforos

COMISARIA	ACTA N°	FOLIO	SUMARIO	JUZGADO	SECRETARIA

15. DATOS DEL DENUNCIANTE

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR F/M <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	

16. LOS DATOS Y DEMAS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

LUGAR	FECHA	HORA	FIRMA Y ACLARACION