

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"/> NOCTURNO	<input type="checkbox"/> SECO <input type="checkbox"/> LLUVIA	<input type="checkbox"/> NIEBLA <input type="checkbox"/> DESPEJADO	<input type="checkbox"/> NIEVE <input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> OTROS	USO EXCLUSIVO CIA

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
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 CHASSIS				
USO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TAXI / REMIS <input type="checkbox"/> TPP	<input type="checkbox"/> SERV/URGENCIA <input type="checkbox"/> SERV/SEGURIDAD			
COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> ROBO <input type="checkbox"/> INCENDIO	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> DAÑO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TAXI / REMIS	<input type="checkbox"/>	TPP	<input type="checkbox"/>
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
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TAXI / REMIS	<input type="checkbox"/>	TPP	<input type="checkbox"/>
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
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 NACIMIWENTO	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"/>	E/ALCOHOLEMIA: 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 NACIMIWENTO	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"/>	E/ALCOHOLEMIA: SI <input type="checkbox"/>
		NO <input type="checkbox"/>
		SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL		

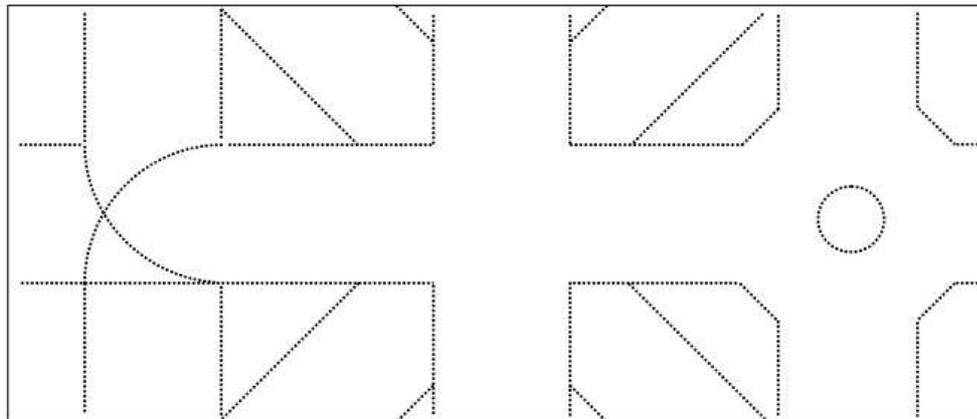
12. LESIONES A TERCEROS (3)

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	<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"/>
		E/ALCOHOLEMIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL			

13. TIPO DE ACCIDENTE

FRONTAL	<input type="checkbox"/>	POSTERIOR	<input type="checkbox"/>	EN CADENA	<input type="checkbox"/>	LATERAL	<input type="checkbox"/>
VUELCO	<input type="checkbox"/>	DESPLAZA	<input type="checkbox"/>	INCENDIO	<input type="checkbox"/>	INMERSION	<input type="checkbox"/>
EXPLOSION	<input type="checkbox"/>	DAÑOS A 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"/>
EN PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	EN TUNEL	<input type="checkbox"/>	SOBRE PUENTE	<input type="checkbox"/>		
COLISION CON:	<input type="checkbox"/>	PEATON	<input type="checkbox"/>	VEHICULO	<input type="checkbox"/>	EDIFICIO	<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