

N°

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza Tel.:0261 429 8388 * fax: 0261.4254.954 | Av. Paseo Colon 505 1° CP: 1063, Capital Federal, Buenos Aires | Tel.: 011 4310 5400 * fax: 0114315.2470 | www.mercantilandina.com.ar

PÓLIZA N°			SINIESTRO N°		
1- FECHA DEL SINIESTRO		FECHA / /	HORA	EST. DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOC. <input type="checkbox"/> SECO <input type="checkbox"/> LLUVIA <input type="checkbox"/> NIEBLA <input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> NIEVE
2- LUGAR DEL SINIESTRO		LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
CALLE					N°
INTERSECCION DE / ENTRE Y					
RUTA N°	KM. N°	<input type="checkbox"/> PROVINCIAL <input type="checkbox"/> NACIONAL	CRUCE CON RUTA N°	CRUCE SEÑALIZADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CRUCE TREN CON BARRERA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CRUCE SEÑALIZADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTADO BARRERA	
SEMÁFORO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FUNCIONA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INTERMITENTE	<input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/>
TIPO DE CALZADA			ESTADO CALZADA		
3- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO			NOMBRE Y APELLIDO		
SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO		
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
PROFESIÓN	EX. DE ALCOHOLEMÍA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO N°
VENCIMIENTO DEL REGISTRO / /	ES EL PROPIO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 5) <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO		
4- DATOS DEL ASEGURADO					NOMBRE Y APELLIDO
					SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
TIPO Y N° DOCUMENTO		PROFESIÓN	TELÉFONO		
DOMICILIO					C.P.
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS			
5- DATOS DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO		MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO
AÑO	CARROCERÍA TIPO	N°CHASIS	N°MOTOR	COLOR	
TIPO DE USO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/> TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD				
COBERTURA AFECTADA	ROBO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	INCENDIO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL		
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO					
6- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)		NOMBRE Y APELLIDO			
SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO		
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO	AÑO	
TIPO DE USO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/> TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD				
COBERTURA AFECTADA	ROBO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	INCENDIO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL		
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO					
EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA		<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 INFO. QUE SIGUE)		
NOMBRE Y APELLIDO					
SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO		
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
PROFESIÓN	EX. DE ALCOHOLEMÍA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO N°
VENCIMIENTO DEL REGISTRO / /					

7- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)		NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO AÑO
TIPO DE USO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/> TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD			
COBERTURA AFECTADA	ROBO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	INCENDIO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO			
EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA <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 INFO. QUE SIGUE)	
NOMBRE Y APELLIDO			
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
EX. DE ALCOHOLEMÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO N°	VENC. DEL REG. / /
8- DAÑOS MATERIALES A COSAS		NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO
DOMICILIO		C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO: / /		
DETALLE LOS DAÑOS			
9- 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 <input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> INMERSIÓN			
<input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN <input type="checkbox"/> DAÑO CON 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"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> EN TÚNEL <input type="checkbox"/> SOBRE PUENTE			
<input type="checkbox"/> OTRO			
COLISIÓN CON <input type="checkbox"/> PEATÓN <input type="checkbox"/> VEHÍCULO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> ANIMAL			
<input type="checkbox"/> OTRO			
CROQUIS / DETALLES DEL SINIESTRO			
			
10- DATOS DEL DENUNCIANTE			
ES EL CONDUCTOR O ASEGURADO? <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 11) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SIGUE)			
NOMBRE Y APELLIDO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
11- LOS DATOS Y DEMÁS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> LUGAR - FECHA - HORA		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA Y ACLARACIÓN	