

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°: \_\_\_\_\_

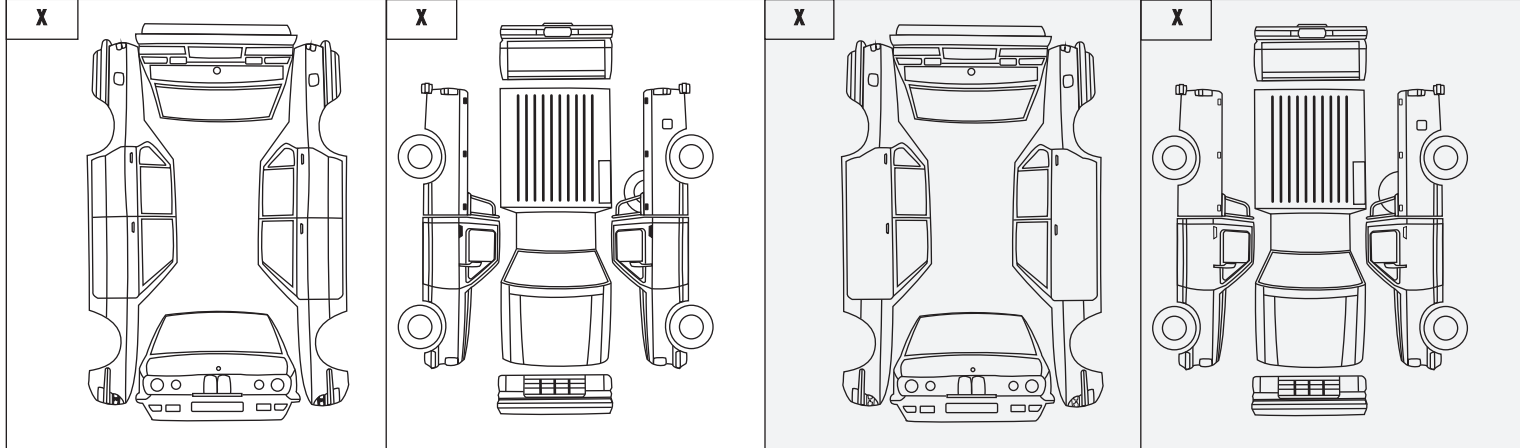
FECHA DEL SINIESTRO: Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ ESTADO DEL TIEMPO: Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve

**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: _____	<b>Taller de Reparac.</b>	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"/>	<b>USO INTERNO DE LA CÍA.</b>	
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

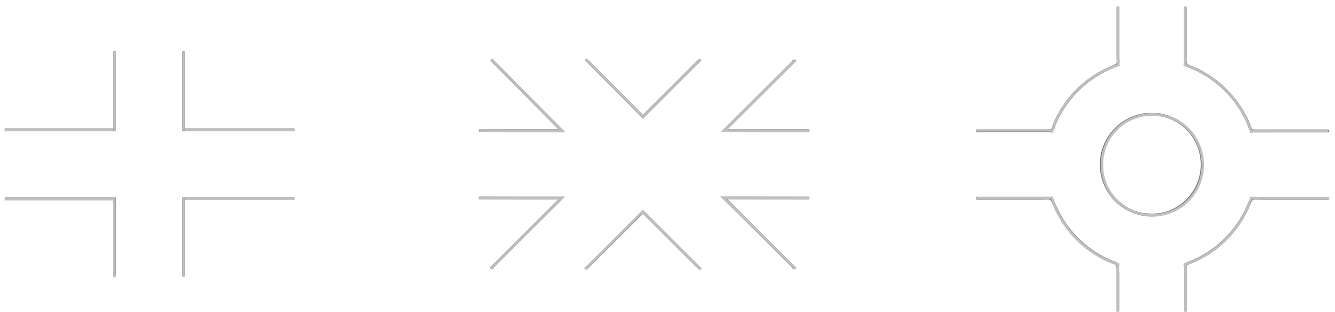
#### Tipo de accidente

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: \_\_\_\_\_