

DENUNCIA DEL SINIESTRO

RAMO AUTOMOTORES



POLIZA N°: _____

SINIESTRO N°: _____

1 - DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social:		Documento Tipo:	N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:

2 - DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Patente:	Plan:	Marca y modelo:	
Año:	Tipo:	Chassis N°:	Motor N°:
Color:	Uso: Particular <input type="checkbox"/> Comercial ó Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remisse <input type="checkbox"/> Transp. Pub. <input type="checkbox"/> Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/>		

3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre y Apellido:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo:	N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:	
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Conductor Frecuente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° Registro:	
Categoría:	Vencimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>		
Ocupación:	¿El conductor es el propio Asegurado?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar relación con el Asegurado:			

4 - DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha: / /	Hora: :	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Estado del tiempo: seco <input type="checkbox"/> lluvia <input type="checkbox"/> niebla <input type="checkbox"/> granizo <input type="checkbox"/> nieve <input type="checkbox"/>	
Lugar de ocurrencia:				
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:	
Tipo de lugar: Calle <input type="checkbox"/> Autopista <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Bocacalle <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Túnel <input type="checkbox"/> Sobre puente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ruta N° _____ Km.: _____ Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Cruce con Ruta N° _____ Cruce señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cruce de Tren <input type="checkbox"/> Barrera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cruce señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Estado de la barrera: Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Semáforo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Funciona?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Color: Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Habilitan Giro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de calzada: Pavim. <input type="checkbox"/> Empedrado <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Ripio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estado de la calzada: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>				
Características del Lugar: Arterias señalizadas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Carteles de pare: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Reductores de velocidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Tipo de Accidente: 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"/> Daños c/la carga <input type="checkbox"/>				
Colisión con: Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				

5 - FORMA DE OCURRENCIA (Detalle amplio)

6 - CROQUIS

	REMARCAR LINEAS VALIDAS - PONER NOMBRES A LAS CALLES Vehículo Asegurado <input type="checkbox"/> Otros Vehículos <input type="checkbox"/> Sentido de Circulación Punto de Impacto <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

7 - DATOS POLICIALES

Cría:	N°:	C.P.:	Tipo: Provincial <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/>	Acta <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/>	N°:
Causa Penal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N°:	Juzgado N°:	Secretaría N°:	Depto. Judicial:	

8 - DATOS DE TESTIGOS

APELLIDO Y NOMBRE	DOC. (Tipo y N°)	DOMICILIO	TELEFONO

9 - DAÑOS Y/O FALTANTES DE LA UNIDAD ASEGURADA

Ubicación del impacto: Parte frontal Parte Lat. Derecha Parte Lat. Izquierda Techo Parte Trasera
 Carácter de participación en el siniestro: Embestido Embistente
 Incendio Robo a mano armada Robo estacionado en vía pública Robo en garage / playa de estacionamiento

DESCRIPCION DETALLADA:

10 - DAÑOS A TERCEROS

DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

Propietario: _____ Sexo: F M Documento Tipo: _____ N°: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____ País: _____
 Estado Civil: _____ Fecha Nacimiento: / / _____
 Patente: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____
 Año: _____ Tipo: _____ Chassis N°: _____ Motor N°: _____
 Uso: Particular Comercial o Carga Taxi o Remis Transp. Púb. Servicios de Urgencia Fuerza de Seguridad
 Asegurado en: _____ Póliza: _____ Cobertura: _____
 ¿El propietario es el conductor? SI (Ingresar los datos que se indican a continuación) NO (Continuar completando datos del conductor)
 N° Registro: _____ Categoría: _____ Vencimiento: / / _____
 Examen de Alcoholemia: SI NO SE NEGÓ

DATOS DEL CONDUCTOR

Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M Documento Tipo: _____ N°: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____ País: _____
 Estado Civil: _____ Fecha Nacimiento: / / _____ Conductor Frecuente: SI NO N° Registro: _____
 Categoría: _____ Vencimiento: / / _____ Examen de Alcoholemia: SI NO SE NEGÓ

DAÑOS VEHICULO DEL TERCERO

Ubicación del impacto: Parte Frontal Parte Lat. Derecha Parte Lat. Izquierda Techo Parte trasera
 Descripción detallada:

11 - DAÑOS MATERIALES A COSAS (MUEBLES Y/O SEMOVIENTES)

Propietario: _____ Sexo: F M Documento Tipo: _____ N°: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____ País: _____
 Tipo de cosa: _____ Ubicación (de la cosa): _____
 Asegurado en: _____ Póliza: _____ Cobertura: _____
 Detalle de daños:
 Otros participantes:

12 - DATOS DEL DENUNCIANTE

¿El denunciante es el mismo que el conductor o que el Asegurado?: SI (Continuar en el punto 13) NO (completar los datos indicados a continuación)
 Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M Documento Tipo: _____ N°: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____ País: _____

13 - LOS DATOS Y DEMAS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN DEBAJO TIENEN CARACTER DE DECLARACION JURADA

LUGAR FECHA Y HORA: _____ FIRMA CONDUCTOR O DENUNCIANTE _____ FIRMA ASEGURADO _____

14 - COBERTURAS AFECTADAS

RESPONSABILIDAD CIVIL: D/M D/C PAS.
 ACC. TOTAL PARCIAL \$ _____ ACCESORIOS ADICIONALES
 INC. TOTAL PARCIAL \$ _____ \$ _____ \$ _____
 ROBO TOTAL PARCIAL \$ _____ \$ _____ \$ _____

15 - ESTIMACION DE RESPONSABILIDAD

ASEGURADO % _____ A DETERMINAR E/ASEGURADOS

16 - GESTIONES

ORDEN DE REPARACION RECUPERO ADMINISTRATIVO
 COD: _____

DILIGENCIAS PARA MEJOR CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO:

FIRMA