

AUTOMOTORES	
Pólizas N°:	Siniestro N°:

1 Datos del Asegurado Inicia Reclamo al 3º: SI ☐ NO ☐		
Nombre y Apellido o Razón Social:		
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:

2 Datos del Vehículo Asegurado			
Marca:		Modelo:	Tipo:
Dominio:		Color:	Año:
Nº de Motor:		Nº de Chasis:	
Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐			
Cobertura afectada: Robo: Parcial ☐ Total ☐		Incendio: Parcial ☐ Total ☐	Daño: Parcial ☐ Total ☐
Detalle los daños del vehículo: _____ _____ _____ _____ _____			

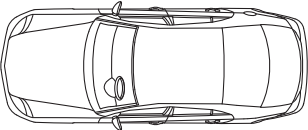
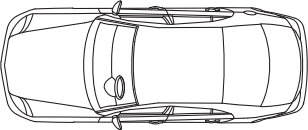
3 Fecha del Siniestro									
Fecha: / /			Hora:						
			Estado del Tiempo: Diurno ☐ Nocturno ☐ LLuvia ☐ Seco ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐						

4 Lugar del siniestro									
Localidad:					Provincia:				
País:					Calle:			Nº:	
Intersección de / entre: _____ y _____									
Ruta Nº:		km:		Nacional ☐	Provincial ☐		Cruce con ruta Nº:		Cruce señalizado: SI ☐ NO ☐
Cruce tren:		Barrera: SI ☐ NO ☐		Cruce señalizado: Parcial ☐ Total ☐				Estado barrera:	
Semáforo: SI ☐ NO ☐		Funciona: SI ☐ NO ☐		Intermitente ☐				Color:	
Tipo de calzada:					Estado de calzada:				

5 Características del Siniestro												
Tipo de Accidente:	Frontal	☐	Posterior	☐	Lateral	☐	En Cadena	☐	Vuelco	☐	Desplazamiento	☐
	Inmersión	☐	Incendio	☐	Explosión	☐	Daño con la carga	☐				
	En Autopista	☐	En Calle	☐	Avenida	☐	En Curva	☐	En Pendiente	☐	En Túnel	☐
	Sobre Puente	☐	Otro:									
Colisión con:	Peatón	☐	Vehículo	☐	Trans. Público	☐	Edificio	☐	Columna	☐	Animal	☐
	Otro: _____											

[illegible]

6 Datos del Conductor del Vehículo Asegurado									
Nombre y Apellido:						Género: F ☐ M ☐			
Tip N° de Documento:				Profesión:		Teléfono:			
Domicilio:						C.P.:			
Localidad:				Provincia:		País.:			
Estado Civil:						Fecha de Nacimiento: / /			
Exámen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐				Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐					
Registro N°:		Categoría:		Expendido por:		Vencimiento: / /			
Es el propio asegurado: SI ☐ (continuar en el punto 5) NO ☐				Relación con el asegurado:					

7 Detalle del otro Vehículo (1)									
Propietario:				Parentesco con el socio:		Género: F ☐ M ☐			
Tipo y N° de Documento:				Fecha de Nacimiento: / /		Teléfono:			
Domicilio:						C.P.:			
Localidad:				Provincia:		País.:			
Marca:				Modelo:		Tipo:		Asegurado en:	
Dominio:						Año:			
N° de Motor:				N° de Chasis:					
Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Transporte Público ☐ Fuerzas de Seguridad ☐									
Detalle los daños del vehículo:									
Examen de Alcoholemia del conductor: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐									
El Conductor es el Propietario: SI ☐ (Continuar en el punto 8) NO ☐ (Completar la información que sigue)									
Conductor:						Género: F ☐ M ☐			
Tipo y N° de Documento:						Teléfono:			
Domicilio:						C.P.:			
Localidad:				Provincia:		País.:			
Estado Civil:						Fecha de Nacimiento: / /			
Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐				Registro N°:		Vencimiento: / /			
Detalle del otro Vehículo (2)									
Propietario:				Parentesco con el socio:		Género: F ☐ M ☐			
Tipo y N° de Documento:				Fecha de Nacimiento: / /		Teléfono:			
Domicilio:						C.P.:			
Localidad:				Provincia:		País.:			
Marca:				Modelo:		Tipo:		Asegurado en:	
Dominio:						Año:			
N° de Motor:				N° de Chasis:					
Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Transporte Público ☐ Fuerzas de Seguridad ☐									
Detalle los daños del vehículo:									
Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐									
El Conductor es el Propietario: SI ☐ (Continuar en el punto 8) NO ☐ (Completar la información que sigue)									
Conductor:						Género: F ☐ M ☐			
Tipo y N° de Documento:						Teléfono:			
Domicilio:						C.P.:			
Localidad:				Provincia:		País.:			
Estado Civil:						Fecha de Nacimiento: / /			
Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐				Registro N°:		Vencimiento: / /			

8 Daños Materiales a Cosas									
Propietario:						Género: F ☐ M ☐			
Tipo y N° de Documento:				Profesión:		Teléfono:			
Domicilio:						C.P.:			
Localidad:				Provincia:		País.:			
Detalle los daños:									

San Cristóbal
SEGUROS

AUTOMOTORES	
Pólizas N°:	Siniestro N°:

10 Testigos (1)		
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Parentesco con el Conductor:		
Testigos (2)		
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Parentesco con el Conductor:		

11 Datos del Denunciante		
Es el conductor o asegurado: SI ☐ (Continuar en el punto 12) NO ☐ (Completar la información que sigue)		
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:

12 CLEAS

Mediante la siguiente denuncia: ☐ **adhiero** ☐ **no adhiero** (marcar lo que corresponda) a la aplicación de la metodología CLEAS (cláusula 53) para la resolución del siniestro.

En caso de no adherir explique la causa:

.....

13 Los datos y demás referencias que se consigan tienen carácter de declaración jurada	
Lugar:	Dejo expresa constancia que es de mi conocimiento que la Póliza N° _____ que ampara al vehículo asegurado no cubre daños parciales al mismo.
Fecha: / / Hora:	
Firma Asegurado: Aclaración Asegurado:	