



# La segunda

## SEGUROS GENERALES

COOPERATIVA LTDA. DE SEGUROS GENERALES  
Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario.  
Teléfonos: (0341) 420-1000 - FAX: (0341) 420-1005/06/07  
C.U.I.T.N°: 30-50001770-4 ING. BRUTOS CONVENIO  
MULTILATERAL 921-750358-S I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

### DEPARTAMENTO SINIESTROS - AUTOMOTORES Denuncia Administrativa

N° Agencia

Localidad

#### VIGENCIA

Desde las 12 hs. del

Hasta las 12 hs. del

Plan \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ Siniestro N° \_\_\_\_\_

#### Asegurado

Nombre / Razón Social: ..... Documento de Identidad (LE / LC / DU / DNI / CI) N°: .....  
CUIT / CUIL / CDI: ..... Estado Civil: ..... Domicilio: .....  
Teléfono: ..... Localidad: ..... C.P.: .....  
Provincia: ..... País: ..... Nacionalidad: .....  
Actividad: .....

#### DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

Conductor: ..... Conductor Habitual del Vehículo: SI  NO  Edad: ..... Género F  M   
Estado Civil: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Domicilio: .....  
Registro de Conductor N°: ..... Vencimiento: ..... / ..... / ..... Examen de Alcoholemia: SI  NO  se negó   
Es el propio Asegurado? SI  NO  (Relación con el asegurado) ..... Vehículo: .....  
Marca: ..... Año: ..... Patente: ..... Motor N°: ..... Chasis: .....  
Uso: ..... Color: .....  
Vehículo: ..... Marca: ..... Año: ..... Patente: ..... Chasis: .....  
(ACOP., ETC) Uso: .....

FECHA ACCIDENTE ..... HORA ..... LUGAR ..... LOCALIDAD ..... PROVINCIA .....  
..... / ..... / .....  
DIURNO  NOCTURNO  ESTADO DEL TIEMPO SECO  LLUVIA  NIEBLA  GRANIZO  NIEVE   
País: ..... Calle: ..... N°: ..... Intersección de / Entre: .....  
Ruta N°: ..... Km ..... Nacional   
Provincial  Cruce con Ruta N°: ..... Cruce señalizado? SI  NO  Cruce Tren  Barrera SI  NO  Cruce señalizado? SI  NO   
Estado barrera: ..... Semáforo SI  NO  Funciona? SI  NO  Intermitente  Color: .....  
Tipo de Calzada: ..... Estado de Calzada: .....

FORMA EN QUE OCURRIÓ: .....  
.....  
.....  
Policía que Intervino: ..... Seccional N°: ..... Localidad: .....  
DETALLE DE LOS DAÑOS DEL ASEGURADO: .....  
.....  
.....

#### DATOS DEL OTRO VEHICULO (1)

PROPIETARIO: ..... Género F  M   
Tipo y N° de Doc.: ..... Teléfono: ..... Domicilio: ..... C.P.: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....  
Examen de alcoholemia del conductor: SI  NO  Se negó  El conductor es el propietario? SI  NO  (completar la información que sigue)  
Conductor: ..... Género F  M  Tipo y N° de Doc.: .....  
Domicilio: ..... Teléfono: ..... Provincia: ..... País: .....  
Registro de Conductor N°: ..... Vencimiento: ..... / ..... / .....  
Marca: ..... Modelo: ..... Tipo: ..... Dominio: ..... Año: .....  
N° de Motor: ..... N° de Chasis: ..... Patente: ..... Uso: ..... N° de Póliza: .....  
Seguro en: ..... Detalle de daños del vehículo: .....

#### DATOS DEL OTRO VEHICULO (2)

PROPIETARIO: ..... Género F  M   
Tipo y N° de Doc.: ..... Teléfono: ..... Domicilio: ..... C.P.: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....  
Examen de alcoholemia del conductor: SI  NO  Se negó  El conductor es el propietario? SI  NO  (completar la información que sigue)  
Conductor: ..... Género F  M  Tipo y N° de Doc.: .....  
Domicilio: ..... Teléfono: ..... Provincia: ..... País: .....  
Registro de Conductor N°: ..... Vencimiento: ..... / ..... / .....  
Marca: ..... Modelo: ..... Tipo: ..... Dominio: ..... Año: .....  
N° de Motor: ..... N° de Chasis: ..... Patente: ..... Uso: ..... N° de Póliza: .....  
Seguro en: ..... Detalle de daños del vehículo: .....

DAÑOS MATERIALES A COSAS (DETALLAR): .....  
.....  
Propietario: ..... Domicilio: ..... Localidad: .....  
Tipo y N° Doc.: ..... Teléfono: ..... Ubicación de la Cosa Dañada: .....

**CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO**

TIPO DE ACCIDENTE

Frontal       Posterior       Lateral       En Cadena       Vuelco   
 Inmersión       Incendio       Explosión       Daño c/ la carga       Desplazamiento   
 En Autopista     En Avenida     En Curva     En Pendiente     En Túnel     Sobre Puente     Otro: .....

COLISIÓN CON:    Peatón     Vehículo     Transp. Público     Edificio     Columna     Animal     Otro: .....

**LESIONES A TERCEROS (1)**

Nombre y Apellido: ..... Género F  M

Tipo y N° de documento: ..... Teléfono: ..... 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 (1)**

Nombre y Apellido: ..... Género F  M

Tipo y N° de documento: ..... Teléfono: ..... 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: .....

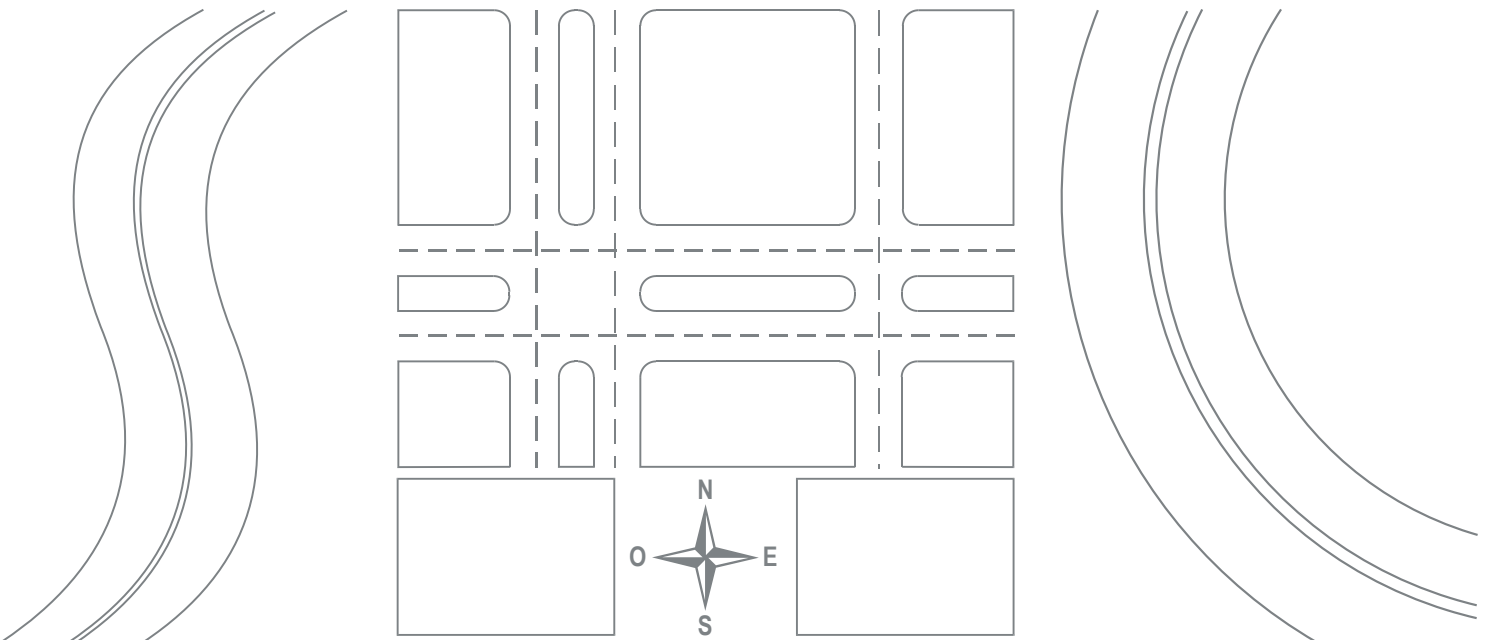
• **RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD:** El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción sin anuencia escrita del Asegurador (Denuncia de siniestro - Cargas del Asegurado de advertencias del Asegurado en las Condiciones Generales de póliza - Art. 116 Ley de Seguros N° 17.418).

• **DENUNCIA DEL SINIESTRO:** El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado (Denuncia de siniestro - Cargas del Asegurador de advertencias del Asegurado en las Condiciones Generales de póliza - Art. 46, 47 y 115 Ley de Seguros N° 17.418)

• **SINIESTROS CON LESIONES y/o MUERTE:** Previo al envío del presente formulario, SE DEBE COMUNICAR EN FORMA INMEDIATA a esta ADMINISTRACION y/o TASADOR, por la vía más eficaz (FAX o TEL.).

**CROQUIS**

Busque en este detalle el lugar semejante a aquel en que se produjo el siniestro y dibuje lo mejor posible las unidades intervinientes. Aclare con flechas la dirección de tránsito de las calles: es de vital importancia para el análisis del siniestro.



**DATOS DEL DENUNCIANTE**

Es el Asegurado SI  NO   
 Género F  M

Nombre y Apellido: .....

Tipo y N° de documento: ..... Teléfono: ..... Domicilio: .....

C.P.: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....

ACEPTA PARTICIPAR EN EL CLEAS:    SI     NO

LUGAR Y FECHA: .....

FIRMA DEL DECLARANTE