





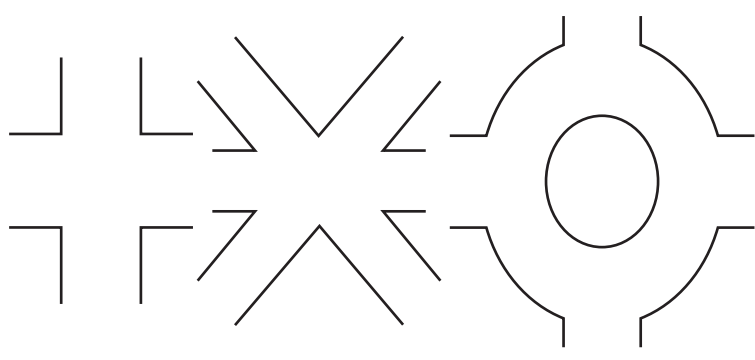
Daños a/los vehículos	Marcar (X)	 	 
	Detallar	_____	_____
Datos Adicionales		Taller/Lugar de Inspección: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha de Insp.: [] [] [] []	Asegurado en: _____ Póliza N°: _____ Fecha de Vigencia: Dde.: [] [] [] [] Hasta: [] [] [] [] Cobertura: TR/CF <input type="checkbox"/> TR/SF <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Testigos: Nombre y Apellido	Domicilio	DNI	Teléfono
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____

CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente: Choques: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento
 Robo Total Robo Parcial Incendio Daños Explosión Inmersión
 En Autopista En Calle En Avda. En Curva En Pendiente En Túnel Sobre Punte
 Otros: _____
 Colisión con: Peatón Vehículo Trans. Público Edificio Columna Animal
 Otros: _____

Croquis, Orientación y Detalle del Hecho.



En caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados. (Ver Detalle del otro vehículo en la siguiente hoja.)

En caso de robo: ¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI NO
¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI NO
Si contestó afirmativamente, por favor, describa la gestión:

Declaración del Asegurado.
 Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

DNI: _____

Fecha: [] [] [] []

E-mail: _____ Firma: _____ Aclaración: _____

FORMULARIO DE DENUNCIA AUTOMÓVILES PARTICULARES

DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario: _____ Género: F M

Tipo y N° de documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____

Dominio: _____ Año: _____ N° Motor: _____ N° Chasis: _____

Uso del vehículo: particular carga comercial taxi o transporte servicios de fuerzas de
o carga remis público urgencia seguridad

Detalle los daños del vehículo: _____

Examen de alcoholismo del conductor: SI NO Se negó

El conductor ¿es el propietario? SI NO

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: [] [] [] []

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario: _____ Teléfono: _____ Género: F M

Tipo y N° de documento: _____ Domicilio: _____

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

Detalle los daños: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

¿Es el conductor o asegurado? SI NO

Nombre y Apellido: _____ Género: F M

Tipo y N° de documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Declaración del Asegurado.

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

DNI: _____

Fecha: _____

E-mail: _____

Firma:

Aclaración:

LESIONES A PERSONAS

Póliza N°: _____ Siniestro N°: _____

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
¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál? _____ ¿Por qué medios? _____
¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente: _____

LESIONES A TERCEROS (2)

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
¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál? _____ ¿Por qué medios? _____
¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente: _____

LESIONES A TERCEROS (3)

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
¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál? _____ ¿Por qué medios? _____
¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente: _____

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

DNI: _____
Fecha: _____
E-mail: _____

Firma:

Aclaración: