



FORMULARIO DE DENUNCIA AUTOMÓVILES PARTICULARES

Estamos para ayudarlo y resolver rápidamente su problema.

Le agradeceremos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

- 1. Escriba en letra de imprenta.
- 2. No deje de completar todos los datos de este formulario.
- 3. Recuerde firmarlo y fecharlo.
- 4. Siga los pasos que le indicamos.

En caso de un siniestro:

- a. Lea las páginas de su Póliza.
- b. Si alguna persona sufrió lesiones en el accidente, por favor comuníquese lo antes posible con la Compañía, al 4339-0000.
- c. Al comunicarse telefónicamente, use este formulario como guía.

Por favor, asegúrese de dejarnos un teléfono al que podamos llamarlo, de 9 a 18 hs., en el caso que un representante de la Compañía necesite contactarlo.

Si lo considera necesario, agregue una hoja a este formulario, para ampliar información.

Importante:

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acacimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.





El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

Fecha de Ocurrencia: Hora: _____ Indique su N° de Póliza: _____ Siniestro N° _____
 Denuncia Policial: SI NO Comisaría N°: _____ Localidad: _____ Acta/Sumario N° _____
 Estado del Tiempo: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve
 Cobertura Afectada: Robo parcial total Incendio parcial total Daño parcial total

LUGAR DEL SINIESTRO

Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 País: _____ Intersección de / Entre: _____ y _____
 Ruta N° _____ km _____ Nacional Provincial Cruce con ruta N° _____ cruce señalado? SI NO
 Crece tren barrera SI NO cruce señalado? SI NO estado de la barrera _____
 Semáforo SI NO funciona? SI NO intermitente Color _____
 Tipo de Calzada: _____ Estado Calzada: _____

Datos de:	Nuestro Asegurado	Tercero
Asegurados	Sr./a: _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ocupación Actual: _____ DNI: _____ Tel.: _____ Domicilio: _____ _____ Localidad: _____ CP.: _____ Prov.: _____ País: _____	Sr./a: _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ocupación Actual: _____ DNI: _____ Tel.: _____ Domicilio: _____ _____ Localidad: _____ CP.: _____ Prov.: _____ País: _____
Conductores al momento del accidente	Conductor Principal o Habitual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad: _____ Sr/a: _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DNI N°: _____ Tel.: _____ Domicilio: _____ _____ CP: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ País: _____ Ocupación Actual: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nac.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lic. De Conducir N° _____ Categ.: _____ Expedida por: _____ Vto.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/> Relación c/Asegurado: _____	Conductor Principal o Habitual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad: _____ Sr/a: _____ Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DNI N°: _____ Tel.: _____ Domicilio: _____ _____ CP: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ País: _____ Ocupación Actual: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nac.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lic. De Conducir N° _____ Categ.: _____ Expedida por: _____ Vto.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/> Relación c/Asegurado: _____
Vehículos	Titular según Cédula Verde, Sr/a: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Color: _____ Año: _____ Uso o Destino: particular <input type="checkbox"/> comercial o carga <input type="checkbox"/> taxi o remis <input type="checkbox"/> Transp. Público <input type="checkbox"/> Serv. de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/> Patente N°: _____ Diesel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motor N°: _____ GNC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Chasis N°: _____ Alarma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Titular según Cédula Verde, Sr/a: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Color: _____ Año: _____ Uso o Destino: particular <input type="checkbox"/> comercial o carga <input type="checkbox"/> taxi o remis <input type="checkbox"/> Transp. Público <input type="checkbox"/> Serv. de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/> Patente N°: _____ Diesel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Motor N°: _____ GNC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Chasis N°: _____ Alarma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

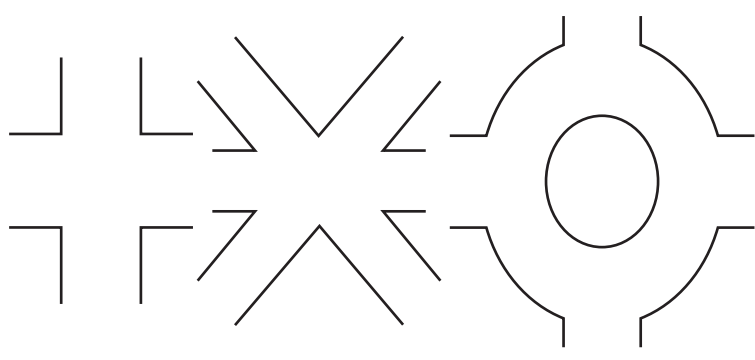
Daños a/los vehículos	Marcar (X)	 	 
	Detallar	_____	_____
Datos Adicionales		Taller/Lugar de Inspección: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha de Insp.: [] [] [] []	Asegurado en: _____ Póliza N°: _____ Fecha de Vigencia: Dde.: [] [] [] [] Hasta: [] [] [] [] Cobertura: TR/CF <input 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 Puesto
 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: