

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza Tel.: 0261-429-8388 * fax: 0261-4254-954 | Av. Paseo Colon 505 1° CP: 1063, Capital Federal, Buenos Aires Dirección fiscal (no se reciben denuncias de siniestros) | Tel.: 011-4310-5400 * fax: 011-4315-2470 | www.mercantilandina.com.ar

PÓLIZA N°			SINIESTRO N°		
1- FECHA DEL SINIESTRO		FECHA / /	HORA	EST. DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOC. <input type="checkbox"/> SECO <input type="checkbox"/> LLUVIA <input type="checkbox"/> NIEBLA <input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> NIEVE
2- LUGAR DEL SINIESTRO		LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
CALLE					N°
INTERSECCION DE / ENTRE			Y		
RUTA N°	KM. N°	<input type="checkbox"/> PROVINCIAL <input type="checkbox"/> NACIONAL	CRUCE CON RUTA N°	CRUCE SEÑALIZADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CRUCE TREN CON BARRERA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CRUCE SEÑALIZADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTADO BARRERA	
SEMÁFORO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FUNCIONA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INTERMITENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TIPO DE CALZADA			ESTADO CALZADA		
3- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO			NOMBRE Y APELLIDO		
SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO / /	
PROFESIÓN	EX. DE ALCOHOLEMÍA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO N°
VENCIMIENTO DEL REGISTRO / /	ES EL PROPIO ASEGURADO		<input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 5) <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	
4- DATOS DEL ASEGURADO			NOMBRE Y APELLIDO		
TIPO Y N° DOCUMENTO			PROFESIÓN	TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.		
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS			
5- DATOS DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO			MARCA	MODELO	TIPO
AÑO	CARROCERÍA TIPO	N° CHASIS	N° MOTOR	COLOR	
TIPO DE USO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/> TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD				
COBERTURA AFECTADA	ROBO	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	INCENDIO	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	DAÑO
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO					
6- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)			NOMBRE Y APELLIDO		
SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO / /	
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO	AÑO	
TIPO DE USO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/> TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD				
COBERTURA AFECTADA	ROBO	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	INCENDIO	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	DAÑO
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO					
EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA			EL CONDUCTOR ES EL PROPIETARIO		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ			<input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 8) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFO. QUE SIGUE)		
NOMBRE Y APELLIDO					
SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO / /	
PROFESIÓN	EX. DE ALCOHOLEMÍA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO N°
VENCIMIENTO DEL REGISTRO / /					

7- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)		NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO AÑO
TIPO DE USO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/> TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD			
COBERTURA AFECTADA	ROBO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	INCENDIO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO			
EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ			
EL CONDUCTOR ES EL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 8) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFO. QUE SIGUE)			
NOMBRE Y APELLIDO			
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
EX. DE ALCOHOLEMÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO N°	VENC. DEL REG. / /
8- DAÑOS MATERIALES A COSAS		NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO
DOMICILIO		C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO: / /		
DETALLE LOS DAÑOS			
9- CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO			
TIPO DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 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"/> DAÑO CON LA CARGA <input type="checkbox"/> EN AUTOPISTA <input type="checkbox"/> EN CALLE <input type="checkbox"/> EN AVENIDA			
<input type="checkbox"/> EN CURVA <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/> EN TÚNEL <input type="checkbox"/> SOBRE PUENTE			
<input type="checkbox"/> OTRO			
COLISIÓN CON <input type="checkbox"/> PEATÓN <input type="checkbox"/> VEHÍCULO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> ANIMAL			
<input type="checkbox"/> OTRO			
CROQUIS / DETALLES DEL SINIESTRO			
			
10- DATOS DEL DENUNCIANTE ES EL CONDUCTOR O ASEGURADO? <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 11) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SIGUE)			
NOMBRE Y APELLIDO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
11- LOS DATOS Y DEMÁS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
LUGAR - FECHA - HORA		FIRMA Y ACLARACIÓN	