

Ramas varias

**RAMA:**

4	6	7	8	9	11	16	17
---	---	---	---	---	----	----	----

**GRAVEDAD:**

A	B	C	I	G	L
---	---	---	---	---	---

**UBICACION TEMPORAL DEL SINIESTRO:**

Fecha del Siniestro:..... / ..... / ..... Hora: ..... : ..... Fecha de Denuncia: ..... / ..... / ..... Hora: ..... : .....

**UBICACION FISICA DEL SINIESTRO:**

Localidad:..... Calle/Ruta: ..... Km °: .....

Acceso  Autopista  Avenida  Bocad  Calle

Pasaje  Ruta prov.  Ruta Nacional  Otro (ir  car) .....

Póliza:..... Agente Tomador n°: .....

**AUTORIDAD INTERVINIENTE:**

Bomberos <input type="checkbox"/>	Juez y Secretario <input type="checkbox"/>	Policía Municipal <input type="checkbox"/>
Gendarmería <input type="checkbox"/>	Policía de Bomberos <input type="checkbox"/>	Policía Provincia <input type="checkbox"/>
Juez <input type="checkbox"/>	Policía Federal <input type="checkbox"/>	Prefectura <input type="checkbox"/>
Otro (indicar) <input type="checkbox"/>	.....	

Nombre de la Autoridad interviniente .....

**ASEGURADO:**

Documento: Tipo..... N° ..... Sexo (M/F)

Apellido y Nombres o Razón Social .....

Localidad ..... Calle/ Ruta ..... N° ..... TEL. ....

Estado Civil ..... Edad ..... País de Origen .....

Profesión ..... N° de hijos menores .....

Parentesco con el conductor Parentesco con el Tercero .....

**DENUNCIANTE:**

Documento: Tipo..... N° ..... Sexo (M/F)

Apellido y Nombres o Razón Social .....

Localidad ..... Calle/ Ruta ..... N° ..... TEL. ....

Estado Civil ..... Edad ..... País de Origen .....

Profesión ..... N° de hijos menores .....

Parentesco con el conductor Parentesco con el Tercero .....

**FORMA DE OCURRENCIA:**

---



---



---



---

**RIESGO AFECTADO:**

Incendio	<input type="checkbox"/>	Incendio Contenido	<input type="checkbox"/>	Robo	<input type="checkbox"/>
Hurto	<input type="checkbox"/>	Cristales	<input type="checkbox"/>	Acc. Personales	<input type="checkbox"/>
Objetos Especificos (1)	<input type="checkbox"/>	Electrodomésticos (2)	<input type="checkbox"/>	Resp. Civil	<input type="checkbox"/>
Otros (indicar)	<input type="checkbox"/>				

**DETALLES: (1 - 2 - 3)**


---

---

---

---

---

---

---

---

**HECHO GENERADOR:**

Explosión	<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>	Robo	<input type="checkbox"/>	Invalidez	<input type="checkbox"/>
Granizo	<input type="checkbox"/>	Rayo	<input type="checkbox"/>	Hurto	<input type="checkbox"/>	Asist. Médica	<input type="checkbox"/>
Humo	<input type="checkbox"/>	Vandalismo	<input type="checkbox"/>	Daño	<input type="checkbox"/>	Choque	<input type="checkbox"/>
Huracán	<input type="checkbox"/>	Rajadura	<input type="checkbox"/>	Lesiones	<input type="checkbox"/>	Vuelco	<input type="checkbox"/>
Impacto vehículos	<input type="checkbox"/>	Rotura	<input type="checkbox"/>	Muerte	<input type="checkbox"/>	Pérdida	<input type="checkbox"/>
Otro (indicar)	<input type="checkbox"/>	.....					

Propiedad \$: .....

Lesión \$: .....

**HECHO GENERADOR:**

Referencias:	<b>P: Presentada</b>	<b>F: Faltante</b>	<b>I: Innecesaria</b>
Exp. Policial	<input type="checkbox"/>	Const. de Sumario	<input type="checkbox"/>
Presupuestos	<input type="checkbox"/>	Informe Técnico	<input type="checkbox"/>
Otro (indicar)	<input type="checkbox"/>	.....	

**OBSERVACIONES:**


---

---

---

---

---

---

---

---

**LUGAR Y FECHA:**

..... / ..... / .....

Firma del denunciante .....