

DENUNCIAS DE SINIESTROS AUTOMÓVILES

(Excluidos Robos Totales)

Número de siniestro

Choque Vuelco Incendio Daños a cosas o inmuebles Robos parciales Otros

Con lesiones y/o muertes (1) - Sin lesiones ni muertes

Productor	Casillero N°	Póliza N°	Grupo y Orden
-----------	--------------	-----------	---------------

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre/Razón Social: _____

Domicilio Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Tel. Part.: _____ Estado Civil: Casado No Casado (Soltero, Viudo, Separado) Sexo M F

El Asegurado es el conductor habitual del vehículo Si No Edad: _____ años

Registro de Conductor N° _____ Categoría: _____ Vencimiento: ____/____/____

Empleado en: _____ Puesto: _____ Tel. Trabajo: _____

Datos del Conductor (en caso de ser del propio Asegurado, NO llenar este sector)

Apellido y Nombre: _____

LE	C.I.
D.N.I.	LC

 N° _____

Domicilio Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Vinculo con el Asegurado: Empleado Esposo/a Hijo/a Otro

Sexo: M F Estado Civil: Casado No Casado Edad: _____ años Tel. Particular: _____

Empleado en: _____ Puesto: _____ Tel. Trabajo: _____

Es conductor habitual del vehículo Si No

Registro de Conductor N° _____ Categoría: _____ Vencimiento: ____/____/____

Datos del Vehículo Asegurado

Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ Patente N°: _____

Motor N°: _____ Chasis N°: _____ Unidad remolcada Patente N°: _____

Uso actual del vehículo: Comercial y/o Carga Taxi Particular Remise Otro

Cantidad de personas que viajaban en el vehículo además del conductor: _____

Datos del Tercero y su vehículo (en caso de colisiones múltiples usar el dorso)

Apellido y Nombre: _____ Tel.: _____

Domicilio Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Asegurado en: _____ Póliza N°: _____

Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Patente N°: _____

El conductor era el propietario Si No Cantidad de personas que viajaban en este vehículo: _____

Lugar y Fecha del siniestro

Ocurrió en la Calle/Ruta/Avda.: _____ N° ó Km.: _____

Localidad/Partido: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Fecha del Siniestro: ____/____/____ Horario: _____ Diurno Nocturno Tiempo: Seco Lluvia Niebla

Actuaciones judiciales y/o Policiales

Hubo intervención policial? Si No Comisaría interviniente: _____

N° de Sumario: _____ Dpto. Judicial: _____ Fuero: _____ Juzgado: _____

Secretaría: _____ N° de Causa: _____ Carátula: _____

(Adjuntar copia de la Certificación Policial)

Inspección del vehículo Asegurado

El vehículo asegurado puede inspeccionarse en el Taller: _____

Calle: _____ N° _____ Localidad: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

El Asegurado iniciará acciones contra el Tercero y/o su Aseguradora? Si No

Cuenta con fotografías de su vehículo con los daños sufridos? Si No

Constatación Recepción

