

DENUNCIA DEL SINIESTRO
RAMO AUTOMOTORES



POLIZA N°: _____

SINIESTRO N°: _____

1 - DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre y Apellido o Razón Social:		Documento Tipo DNI	N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:
2 - DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO			
Patente:	Plan:	Marca y modelo:	
Año:	Tipo:	Chassis N°:	Motor N°:
Color:	Uso: Particular <input type="checkbox"/>	Comercial ó Carga <input type="checkbox"/>	Taxi o Remisa <input type="checkbox"/> Transp. Pub <input type="checkbox"/> Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/>
3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO			
Nombre y Apellido:		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Conductor Frecuente: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° Registro:
Categoría:	Vencimiento:	Examen de Alcoholemia: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SE NEGÓ
Ocupación:	¿El conductor es el propio Asegurado? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicar relación con el Asegurado:		
4 - DETALLES DEL SINIESTRO			
Fecha: / /	Horá:	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input checked="" type="checkbox"/>	Estado del tiempo: seco <input type="checkbox"/> lluvia <input type="checkbox"/> niebla <input type="checkbox"/> granizo <input type="checkbox"/> nieve <input type="checkbox"/>
Lugar de ocurrencia:			
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:
Tipo de lugar: Calle <input type="checkbox"/> Autopista <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Bocacalle <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Túnel <input type="checkbox"/> Sobre puente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Ruta N° _____ Km.: _____ Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Cruce con Ruta N° _____ Cruce señalizado: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Cruce de Tran <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cruce señalizado: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Estado de la Barrera: Baja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Semáforo: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Funciona?: NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Intermite <input type="checkbox"/>			
Color: Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Habilitan Giro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de calzada: Pavim. <input type="checkbox"/> Empedrado <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Ripio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estado de la calzada: Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>			
Características del Lugar: Arterias señalizadas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Carteles de pare: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Reductores de velocidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de Accidente: 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"/> Daños c/la carga <input type="checkbox"/>			
Colisión con: Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
5 - FORMA DE OCURRENCIA (Detalle amplio)		6 - CROQUIS	
		REMARCAR LINEAS VALIDAS - PONER NOMBRES A LAS	
		Vehículo Asegurado <input type="checkbox"/> Otros Vehículos <input checked="" type="checkbox"/> Sentido de Circulación <input checked="" type="checkbox"/> Punto de Impacto <input checked="" type="checkbox"/>	
7 - DATOS POLICIALES			
Cría:	N°:	C.P.:	Tipo: Provincial <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Acta <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> N°:
Causa Penal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N°:	Juzgado N°:	Secretaría N°: Depto. Judicial:
8 - DATOS DE TESTIGOS			
APELLIDO Y NOMBRE	DOC. (Tipo y N°)	DOMICILIO	TELEFONO

9 - DAÑOS Y/O FALTANTES DE LA UNIDAD ASEGURADA

Ubicación del impacto: Parte frontal Parte Lat. Derecha Parte Lat. Izquierda Parte Trasera
 Carácter de participación en el siniestro: Embestido Embistido
 Incendio Robo a mano armada Robo estacionado en vía pública Robo / estacionamiento

DESCRIPCION DETALLADA:

10 - DAÑOS A TERCEROS

DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

Propietario:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo:	N°:
Domicilio:			Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:	
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /			
Patente:	Marca:	Modelo:	Color:	
Año:	Tipo:	Chassis N°:	Motor N°:	
Uso: Particular <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Taxi <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Remis <input type="checkbox"/>	Transp. Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/>
Asegurado en:		Póliza:	Cobertura:	
¿El propietario es el conductor? <input type="checkbox"/> SI Ingresar los datos que se indican a continuación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Continuar completando datos del conductor)				
N° Registro:	Categoría:	Vencimiento: / /		
Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGO				

DATOS DEL CONDUCTOR

Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo:	N°:
Domicilio:			Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:	
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Conductor Frecuente: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° Registro:	
Categoría:	Vencimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGO		

DAÑOS VEHÍCULO DEL TERCERO

Ubicación del impacto: Parte Frontal Parte Lat. Derecha Parte Lat. Izquierda Techo Parte trasera
 Descripción detallada:

11 - DAÑOS MATERIALES A COSAS (MUEBLES Y/O SEMOVIENTES)

Propietario:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo:	N°:
Domicilio:			Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:	
Tipo de cosa:		Ubicación (de la cosa):		
Asegurado en:		Póliza:	Cobertura:	
Detalle de daños:				
Otros participantes:				

12 - DATOS DEL DENUNCIANTE

¿El denunciante es el mismo que el conductor o que el Asegurado? (Continuar en el punto 13) SI NO (completar los datos indicados a continuación)

Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo:	N°:
Domicilio:			Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	País:	

13 - LOS DATOS Y DEMAS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN DEBAJO TIENEN CARACTER DE DECLARACION JURADA

LUGAR FECHA Y HORA: _____ FIRMA CONDUCTOR O DENUNCIANTE _____ FIRMA ASEGURADO _____

14 - COBERTURAS AFECTADAS

RESPONSABILIDAD CIVIL: D/M <input type="checkbox"/> D/C <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/>		
ACC. TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> \$ _____	ACCESORIOS ADICIONALES	
INC. TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> \$ _____	_____ \$ _____	_____ \$ _____
ROBO TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> \$ _____	_____ \$ _____	_____ \$ _____

15 - ESTIMACION DE RESPONSABILIDAD

ASEGURADO % _____ A DETERMINAR E/ASEGURADOS

16 - GESTIONES

ORDEN DE REPARACION <input type="checkbox"/>	RECUPERO ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>
COD: _____	

DILIGENCIAS PARA MEJOR CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO:

_____ FIRMA

10.A.- DAÑOS A TERCEROS			
DETALLE DE DENTRO VEHÍCULO (2)			
Propietario:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Pais:
Estado Civil:		Fecha Nacimiento: / /	
Patente:	Marca:	Modelo:	Color:
Año:	Tipo:	Chasis N°:	Motor N°:
Uso: Particular <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Carga Remis <input type="checkbox"/>	Transp. Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/>
Asegurado en:		Póliza:	Cobertura:
¿El propietario es el conductor? <input type="checkbox"/> SI (ingresar los datos que se indican a continuación) NO <input type="checkbox"/> (continuar completando datos del conductor)			
N° Registro:		Categoría:	Vencimiento: / /
Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGÓ			
DATOS DE CONDUCTOR			
Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		Teléfono:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Pais:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Conductor Frecuente: <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/>	N° Registro:
Categoría:	Vencimiento: /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGÓ	
DAÑOS VEHÍCULO DEL TERCERO			
Ubicación del impacto: Parte Frontal <input type="checkbox"/> Parte Lat. Derecha <input type="checkbox"/> Parte Lat. Izquierda <input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/> Parte Trasera <input type="checkbox"/>			
Descripción detallada:			
17.- LESIONADOS			
LESIONADO 1			
Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Pais:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGÓ	
Tipo de Lesión: Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>		Centro Asistencial:	
Relación con el Asegurado: Pasajero vehículo <input type="checkbox"/> Asegurado otro vehículo <input type="checkbox"/> vehículo Pasajero <input type="checkbox"/>			
LESIONADO 2			
Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Pais:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGÓ	
Tipo de Lesión: Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>		Centro Asistencial:	
Relación con el Asegurado: Pasajero vehículo <input type="checkbox"/> Asegurado otro vehículo <input type="checkbox"/> vehículo Pasajero <input type="checkbox"/>			
LESIONADO 3			
Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Pais:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGÓ	
Tipo de Lesión: Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>		Centro Asistencial:	
Relación con el Asegurado: Pasajero vehículo <input type="checkbox"/> Asegurado otro vehículo <input type="checkbox"/> vehículo Pasajero <input type="checkbox"/>			
LESIONADO 4			
Apellido y Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Documento Tipo: N°:
Domicilio:		N°:	Teléfono:
Localidad:	C.P.:	Provincia:	Pais:
Estado Civil:	Fecha Nacimiento: / /	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NEGÓ	
Tipo de Lesión: Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>		Centro Asistencial:	
Relación con el Asegurado: Pasajero vehículo <input type="checkbox"/> Asegurado otro vehículo <input type="checkbox"/> vehículo Pasajero <input type="checkbox"/>			
PASAJEROS		NO TRANSPORTADOS	
Cantidad: LEVES _____ GRAVES _____ MUERTOS _____		Cantidad: LEVES _____ GRAVES _____ MUERTOS _____	