



7. DAÑOS A COSAS MATERIALES

Propietario \_\_\_\_\_ Género  M  F
Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_
Daño ocasionado a \_\_\_\_\_
Detalle de los daños \_\_\_\_\_

8. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

TIPO DE ACCIDENTE
 Frontal
 Posterior
 Lateral
 En cadena
 Vuelco
 Desplazamiento
 Inmersión
 Incendio
 Explosión
 Daño con carga
LUGAR
 Autopista
 Calle
 Avenida
 Curva
 Pendiente
 Túnel
 Sobre puente
 Otro: \_\_\_\_\_
COLISIÓN CON:
 Peatón
 Vehículo
 Transp. Público
 Edificio
 Columna
 Animal
 Otro: \_\_\_\_\_

CROQUIS
REFERENCIAS:
1) Asegurado
2) Tercero
3)
[Diagrama de croquis con ejes N, S, E, O]

DETALLES DEL SINIESTRO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigos \_\_\_\_\_

Si hubo intervención policial, indique comisaría: \_\_\_\_\_
Si se instruyó sumario, indique juzgado: \_\_\_\_\_

9. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F
Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
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  Sí  No  Se negó
Centro asistencial \_\_\_\_\_

10. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F
Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
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  Sí  No  Se negó
Centro asistencial \_\_\_\_\_

11. DATOS DEL DENUNCIANTE

¿El conductor es asegurado?  Sí  No (Completar la información que sigue)
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género  M  F
Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_ Documento tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ CPA (Código Postal Argentino) \_\_\_\_\_
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_ Actividad o Profesión \_\_\_\_\_
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Domicilio Real \_\_\_\_\_
Domicilio comercial \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada
Confeccionada (Lugar y fecha) \_\_\_\_\_
Presentada a la Compañía (Lugar y fecha) \_\_\_\_\_
Hora: \_\_\_\_\_

FIRMA

ACLARACIÓN