



1. DATOS DE PÓLIZA

Matrícula [] Productor N° [] Siniestro N° [] Póliza/Item []
Cobertura [] Vigencia: Desde [] Hasta []

2. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social []
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 []

3. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca [] Modelo [] Tipo []
Dominio [] Año [] N° Motor [] N° Chasis []
USO DEL VEHÍCULO [] Particular [] Comercial o carga [] Taxi o Remise [] Transporte público [] Servicios de Urgencia [] Fuerzas de seguridad []
COBERTURA AFECTADA ROBO [] Total [] Parcial [] INCENDIO [] Total [] Parcial [] DAÑO [] Total [] Parcial []
Detalle de los daños del vehículo []

4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido [] Género [] M [] F []
Documento tipo [] Número [] Teléfono []
Domicilio [] CPA (Código Postal Argentino) []
Localidad: [] Provincia: [] País: []
Fecha de nacimiento [] CUIT [] - [] - [] Actividad o Profesión []
Nacionalidad [] Domicilio Real [] Estado civil []
Examen de alcoholemia [] Sí [] No [] ¿Se negó? [] ¿Conductor habitual del vehículo? [] Sí [] No []
Registro N° [] Categoría/s [] Vencimiento [] Vigencia desde [] Hasta []
¿Es el propio asegurado? [] Sí (Continuar en el punto 5) [] No [] Relación con el asegurado []

5. FECHA Y LUGAR DEL SINIESTRO

Fecha: [] Hora: [] Estado del tiempo [] Diurno [] Nocturno [] Seco [] Lluvia [] Niebla [] Granizo [] Nieve []
Localidad: [] Provincia: [] País: []
Intersección de/entre []
Ruta N° [] Km. [] [] Nacional [] Provincial [] Cruce con ruta N° [] ¿Cruce señalizado? [] Sí [] No []
Cruce de tren [] Barreras [] Sí [] No [] ¿Cruce señalizado? [] Sí [] No [] Estado de la barrera []
¿Semáforo? [] Sí [] No [] ¿Funciona? [] Sí [] No [] Intermitente [] Color []
Tipo de calzada [] Estado []

6. DETALLE DE OTRO VEHÍCULO

Propietario [] Género [] M [] F []
Documento tipo [] Número [] Teléfono [] E-Mail []
Domicilio [] CPA (Código Postal Argentino) []
Localidad: [] Provincia: [] País: []
Registro N° [] Categoría/s [] Vencimiento [] Vigencia desde [] Hasta []
Marca [] Modelo [] Tipo []
Dominio [] Año [] N° Motor [] N° Chasis []
USO DEL VEHÍCULO [] Particular [] Comercial o carga [] Taxi o Remise [] Transporte público [] Servicios de Urgencia [] Fuerzas de seguridad []
Detalle de los daños del vehículo []
Examen de alcoholemia [] Sí [] No [] ¿Se negó? [] ¿El conductor es propietario? [] Sí [] No [] Continuar en el punto 7 [] No [] Completar la información que sigue []
Conductor []
Documento tipo [] Número [] Teléfono []
Domicilio [] CPA (Código Postal Argentino) []
Localidad: [] Provincia: [] País: []
Estado Civil [] Fecha de nacimiento [] ¿Conductor habitual del vehículo? [] Sí [] No []
Registro N° [] Categoría/s [] Vencimiento [] Vigencia desde [] Hasta []
Expedido por []
Asegurado en [] Póliza []

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)
Diagram with directions N, S, E, O and a vehicle symbol.

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