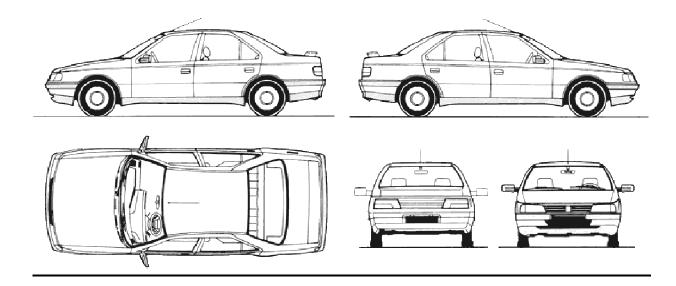


## **DENUNCIA DE SINIESTRO**

	AUTOMOTORI	-5	
Aseguradora	Póliza Nº	Sini	estro Nº
1. FECHA DEL SINIESTRO  Fecha// Hora	Diurno Nocturno	Seco Lluvia	O DEL TIEMPO  Niebla Granizo Nieve
2. LUGAR DEL SINIESTRO			
Localidad		Provincia	
País	Calle		N°
Intersección de / Entre	у		
Ruta Nº km. nacional Cruce tren barrera SI NO Tipo de Calzada	cruce señalizado? funciona? SI NO		cruce señalizado? SI NO estado barrera Color
3. DATOS DEL CONDUCTOR	DEL VEHÍCULO ASEGUI	RADO	
Nombre y Apellido			Género F M
Tipo y Nº documento			
Domicilio			C.P
Localidad			
Estado Civil			Nacimiento / /
Examen de alcoholemia Conductor habitual del vehículo?	SI         NO         Se negó           SI         NO         Registro Nº           SI         (continuar en el punto 5)         NO	,	Vencimiento: / /
4. DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre y Apellido o Razón Social _			
Tipo y Nº documento		Teléfono	
Domicilio			C.P
Localidad	Provincia	País	
5. DATOS DEL VEHÍCULO AS	EGURADO		
Marca	Modelo		Tipo
Dominio			Año
N°. Motor	Nº. Chasi	s	
	cular comercial tax o carga ren	i o transporte	servicios de urgencia fuerzas de seguridad
	arcial total incer	ndio parcial total	daño parcial total



## Taller Donde será llevado para su inspección: 6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1) Género F Propietario \_\_\_\_ Tipo y Nº documento Teléfono Domicilio \_\_\_\_\_ \_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País\_ Localidad Provincia \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_ Marca Dominio \_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº. Motor \_\_\_ Nº. Chasis comercial taxi o transporte servicios de fuerzas de Uso del vehículo particular Detalle los daños del vehículo Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó El conductor es el propietario? SI NO (completar la información que sigue) (continuar en el punto 8) Conductor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_ Tipo y Nº documento \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_ Domicilio \_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_ Localidad País \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_/ \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/ \_\_\_/ \_ Conductor habitual del vehículo? SI \_\_\_\_/ Vencimiento: \_\_\_/ Registro Nº. 7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2) Género <sub>F</sub> Propietario \_\_\_\_ Tipo y Nº documento \_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Domicilio Provincia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ País\_\_\_\_ Modelo Tipo Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Nº. Motor \_\_\_\_ Nº. Chasis taxi o fuerzas de comercial transporte servicios de Uso del vehículo particular público seguridad o carga remis urgencia Detalle los daños del vehículo

Examen de alcoholemia del co	nductor sı	NO	Se ne	gó			
El conductor es el propietario?	SI	(continuar er	n el punto 8)	NO	(completar la ir	nformación que sigue)	
Conductor						Género	F M
Tipo y Nº documento				Те	eléfono		
Domicilio						C.P	
Localidad	Provinci	a		Pa	aís		
Estado Civil					cha de Nacimier	nto//_	
Conductor habitual del vehículo	o? si no	Regis	stro Nº		Ven	cimiento:/	/
8. LESIONES DERIVADA	AS DEL HECHO	<u>):</u>					
8.1. LESIONES A TERCI	EROS (1)						
Nombre y Apellido	` ,					Género	F M
Tipo y Nº documento					eléfono		
Domicilio				'`	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		
Localidad				Pa	aís		
Estado Civil						nto//	
Relación con el asegurado	Conductor otro vel	hículo	Pasaie		culo asegurado		
. to accept a control accept a control	Pasajero otro vehi	_			Peatón		
Tipo de lesiones Leves			in)	Mortal			
Examen de alcoholemia SI		Se negó					
Centro Asistencial		_					
8.2. LESIONES A TERCI	EROS (2)						
Nombre y Apellido						Género	F M M
Tipo y Nº documento							
Domicilio							
Localidad	Provinci	a					
Estado Civil						nto//_	
Relación con el asegurado	Conductor otro vel	hículo	Pasaje	ero vehí	culo asegurado		
	Pasajero otro vehi		<b>」</b>		Peatón		
Tipo de lesiones Leves		_	on)	Mortal			
Examen de alcoholemia SI		Se negó					
Centro Asistencial							
8.3. LESIONES A TERCI							
Nombre y Apellido						Género	F M
Tipo y Nº documento				Te	eléfono		<del></del>
Domicilio						С.Р	
Localidad	Provinci	a			aís	<del> </del>	
Estado Civil			<del></del>			nto//_	
Relación con el asegurado	Conductor otro vel	_	Pasaje	ero vehi	culo asegurado		
	Pasajero otro vehi	<u> </u>	<u> </u>		Peatón		
Tipo de lesiones Leves	Graves (co	_	on)	Mortal			
Examen de alcoholemia SI	NO S	Se negó					
Centro Asistencial							
8.4. LESIONES A TERCI	EROS (4)						
Nombre y Apellido						Género	F M
Tipo y Nº documento					Te	léfono	
Domicilio					······································	C.P	
Localidad		a			aís		
Estado Civil	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Fe	echa de Nacimier	nto//_	
Relación con el asegurado	Conductor otro vel	hículo	Pasaje	ro vehí	culo asegurado		

Tipo de lesiones Leve Examen de alcoholemia SI Centro Asistencial	NO Se negó	Peatón Mortal	
9. DAÑOS MATERIALES	A COSAS		
Propietario			Género ғ м
Tipo y Nº documento		Teléfono	
Domicilio	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		C.P
Localidad	Provincia	País	
Detalle los daños :			
10. CARACTERÍSTICAS  Tipo de frontal Accidente		en cadena vuelco	desplazamiento
inmersión	incendio explosión	daño c/ la carga	
En Autopista En calle	En avenida En Curva En	pendiente En túnel Sobre F	Puente Otro:
Colisión con: peatón	vehículo Transp. públ	edificio columna animal	Otro:
CROQUIS	DETALLES DE	EL SINIESTRO	
0	Е		
	<del></del>		
S			
11. DATOS DEL DENUN	CIANTE		
Es el conductor o asegurado?		, , , , , ,	ormación que sigue) Género F M
Tipo y Nº documento		Teléfono	
Domicilio			C.P
Localidad	Provincia	País	
-	eferencias que se consig	nan tienen carácter de de <sup>Firma</sup>	claración jurada
Lugar//			
Hora		Aclaración	