

MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A. Casa Central Av. Juana Manso 205 (C1107CBE) Ciudad de Buenos Aires Servicio de Atención al Cliente: 5777-2100 - Capital y GBA 0810-333-1000 (desde el interior)

DE	CLARACION D	E ACCIDENTE	DE AUT	OMOVILES
N	° Siniestro			
				- 1

DAÑOS PERSONALES		enor)					
Datos del Lesionado (1)		Clase Lesionado (Indicar con x)					
Sr./a.		Peatón/ciclista Conductor vehículo contrario					
Domicilio		Ocupante vehículo contrario Cupante del vehículo asegurado					
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Prov.	País						
DNI		Relación con Propietario:					
Tel. part.	Tel. contacto						
Edad Sexo	E. civil						
Profesión							
Lugar de Asistencia			_				
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:		¿QUEDA INTERNADO? SI 🔲 NO					
Descripción de lesiones:							
ESTADO LESIONADO: Muerte	Muy grave Grave Leve						
			_				
Datos del Lesionado (2)		Clase Lesionado (Indicar con x)	$\dashv$				
Sr./a.		Peatón/ciclista Conductor vehículo contrario	븸				
Domicilio		Ocupante vehículo contrario Ocupante del vehículo asegurado	$\boxminus$				
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado	$\vdash$				
Prov.	País		-				
DNI		Relación con Propietario:					
Tel. part.	Tel. contacto						
Edad Sexo	E. civil						
Profesión			-				
Lugar de Asistencia			-				
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:		¿QUEDA INTERNADO? SI 🔛 NO	<u>'</u>				
Descripción de lesiones:							
			_				
ESTADO LESIONADO: Muerte	Muy grave Grave Leve						
			_				
Datos del Lesionado (3)		Clase Lesionado (Indicar con x)	$\dashv$				
Sr./a.		Peatón/ciclista Conductor vehículo contrario	믬				
Domicilio		Ocupante vehículo contrario Ocupante del vehículo asegurado	붜				
Localidad	CP.	Ocupante vehículo contrario Ocupante del vehículo asegurado  Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Localidad Prov.	CP. País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Localidad Prov. DNI	País	<del></del>					
Localidad Prov. DNI Tel. part.	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo	País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:	País  Tel. contacto  E. civil	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:	País Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS	País  Tel. contacto  E. civil	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:	País  Tel. contacto  E. civil	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. part. Tel. contacto					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. part. Tel. contacto					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a.	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. part. Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a.  Domicilio	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve Daños  País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. part. Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a.  Domicilio  Localidad	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve Daños  País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov.	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve Daños  País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a. Domicilio Localidad Prov.  DNI	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve  Daños  País  CP. País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País  DNI					
Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a.  Domicilio  Prov.  DNI  Tel. part.	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve  Daños  País  CP. País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País  DNI  Tel. contacto					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Condición del Testigo	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve Daños  País  CP. País	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. part. Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País  DNI  Tel. part. Tel. contacto  Condición del Testigo					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.  Condición del Testigo Ocupante vehículo contrario	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve  Daños  País  CP.  País  Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País  DNI  Tel. part. Tel. contacto  Condición del Testigo  Ocupante vehículo asegurado					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.  Condición del Testigo Ocupante vehículo contrario Peatón	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve Daños  País  CP.  País  Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. part. Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País  DNI  Tel. part. Tel. contacto  Condición del Testigo  Ocupante vehículo contrario Ocupante del vehículo asegurado Peatón Otros					
Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto Domicilio Prov. Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.  Condición del Testigo Ocupante vehículo contrario	País  Tel. contacto  E. civil  Muy grave Grave Leve  Daños  País  CP.  País  Tel. contacto	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado  Relación con Propietario:  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  Propietario  Localidad CP.  Tel. contacto  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio  Localidad CP.  Prov. País  DNI  Tel. part. Tel. contacto  Condición del Testigo  Ocupante vehículo asegurado					

Aclaración

Firma



MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A. Casa Central Av. Juana Manso 205 (C1107CBE) Ciudad de Buenos Aires Servicio de Atención al Cliente: 5777-2100 - Capital y GBA 0810-333-1000 (desde el interior)

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES	;
N° Siniestro	

DATOS SINIESTRO	terior)			
Nro. Póliza Dominio	Fecha ocurrencia Hora			
Lugar de ocurrencia	Código Postal			
Localidad	Provincia País			
INFORMACION ADICIONAL				
Daños personales (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso)	Vigencia			
Daños materiales (En caso afirmativo indicar con x y completar frente)	Cobertura			
Testigos (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso)	Franquicia			
Realizó denuncia policial? SI NO Comisaría N° Acta N°	Cobranza			
DATOS VEHICULO Asegurado (*)	DATOS VEHICULO Tercero (*)			
Asegurado	Propietario			
Sr./a.	Sr./a.			
Domicilio	Domicilio			
Localidad CP.	Localidad CP.			
Prov. País	Prov. País			
DNI	DNI			
Tel. part. Tel. contacto	Tel. part. Tel. contacto			
Conductor	Conductor			
Sr./a.	Sr./a.			
Domicilio	Domicilio			
Localidad CP.				
Prov. País	Prov. País			
DNI	DNI			
Tel. contacto	Tel. part. Tel. contacto			
Edad Sexo E. civil	Edad Sexo E. civil			
Profesión	Profesión			
Reg. Conduc. N° Clase	Reg. Conduc. N° Clase			
Fecha expedición Vto.	Fecha expedición Vto.			
Relación c/ el asegurado	Relación c/ el asegurado			
Datos vehículo Asegurado	Datos vehículo Tercero			
Marca y modelo Color	Marca y modelo Color			
Dominio Año	Dominio Año			
Lugar Inspección	Uso			
Taller/Domicilio	Compañía Aseguradora y póliza			
Entre calle y calle	Cía.			
Localidad CP.	Nro. póliza			
Prov. País	Cubre daños propios Fecha Vto.			
Tel. Fecha entrada Hora				
Descripción daños Asegurado:	Descripción daños Tercero:			
-				
DATOS ADICIONALES (Indicar con x)				
Tipo de camino: Pavim. ☐ Empedrado ☐ Ripio ☐ Tierra	Estado: Bueno Regular Malo			
Estado tiempo: Seco Lluvia Niebla Granizo				
Intervino Ibero Asistencia: SI NO	Meve			
CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO (Indicar con x)				
	Robo Parcial (Otros) (3) Daños TERCERO (8):			
Destrucción Total (2) Robo/Hurto Total (4)	Rotura Cristales (41)			
Incendio Parcial (1) Incendio Total (2)	Otras Consec.			
incendio racciai (1)	Otras Consec.			
DELATO DEL ACCIDENTE.	Curanita dibuta situasión de la unhón las diversión per			
RELATO DEL ACCIDENTE:	Croquis: dibujar situación de los vehículos, dirección -por			
	flechas-, nombre de calles, señales de tráfico, etc.			
Uso del vehículo: Particular Comercial Comercial				
En a las	_ del de			
Firma	Aclaración			
(*) En caso de más de un vehículo, por favor, complete los datos utilizando más formularios				