

FORMULARIO DE DENUNCIA AUTOMÓVILES PARTICULARES

Estamos para ayudarlo y resolver rápidamente su problema. Le agradeceremos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

- 1. Escriba en letra de imprenta.
- 2. No deje de completar todos los datos de este formulario.
- 3. Recuerde firmarlo y fecharlo.
- 4. Siga los pasos que le indicamos.

En caso de un siniestro:

- a. Lea las páginas de su Póliza.
- b. Si alguna persona sufrió lesiones en el accidente, por favor comuníquese lo antes posible con la Compañía, al 4339-0000.

Por favor, asegúrese de dejarnos un teléfono al que podamos llamarlo, de 9 a 18 hs., en el caso que un representante de la Compañía necesite c ontactarlo.

Si lo considera necesario, agregue una hoja a este formulario, para ampliar información. Importante:

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

c. Al comu	nicarse telefónicamente, use este formulario como guía.		
	Ocurrencia: Hora: Indique Policial: SI NO Comisaría N°: Localida		
		Lluvia ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐	
	Afectada: Robo parcial ☐ total ☐ Incendio parcial ☐ to	tal ☐ Daño parcial ☐ total ☐	
LUGARD	EL SINIESTRO		
		alidad: Provincia:	
		re: y	
Ruta N°	km Nacional 🗌 Provincial 🗌 Cruce c	on ruta N° cruce señalizado? SI ☐ NO ☐	
		NO ☐ estado de la barrera	
	SI □ NO □ funciona? SI □ NO □ intermitente □ alzada:Esta		
Tipo de Ca	dizaud	uo Caizada:	
Datos de:	Nuestro Asegurado	Tercero	
Asegurados	Sr./a: Género: F ☐ M ☐	Sr./a: Género: F \(\Bar{\cup} \) M \(\Bar{\cup} \)	
	Ocupación Actual: DNI: Tel.: Domicilio:	Ocupación Actual: DNI: Tel.: Domicilio:	
	TeiDoffiicillo	TelDomicilo	
	Localidad: CP.:	Localidad: CP.:	
	Prov.:País:	Prov.:País:	
Conductores al momento del accidente	Conductor Principal o Habitual: SI NO Edad: Sr/a:Género: F M DNI N°:Tel.: Domicilio:CP:	Conductor Principal o Habitual: SI \(\text{NO} \) \(\text{Edad:} \) Sr/a: \(\text{Género:} \text{F} \) \(\text{M} \) DNI N°: \(\text{Tel.:} \) Domicilio: \(\text{CP:} \)	
nctc del	Localidad: Prov.: Prov.:	Localidad: Prov.: Prov.:	
ond	País: Ocupación Actual: Estado Civil: Fecha de Nac.:	País: Ocupación Actual: Estado Civil: Fecha de Nac.:	
ome	Lic. De Conducir N° Categ.:	Lic. De Conducir N° Categ.:	
ᇤ	Expedida por:Vto.:	Expedida por:Vto.:	
to	Examen de alcoholemia: SI NO Se negó Relación c/Asegurado: Se negó Relación c/Asegurado: Se negó Relación c/Asegurado: Se negó Relación c/Asegurado: Se negó Se negó	Examen de alcoholemia: SI NO Se negó Relación c/Asegurado: Relación c/Asegurado: Relación c/Asegurado: Relación c/Asegurado: Rel	
Vehículos	Titular según Cédula Verde, Sr/a:	Titular según Cédula Verde, Sr/a:	
	Marca:Modelo:	Marca:Modelo:	
	Tipo: Color: Año: Uso o Destino: particular □ comercial o carga □	Tipo: Color: Año:	
	Uso o Destino: particular ☐ comercial o carga ☐ taxi o remis ☐	Uso o Destino: particular ☐ comercial o carga ☐ taxi o remis ☐	
	Transp. Público ☐ Serv. de urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐	Transp. Público ☐ Serv. de urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐	
	Patente N°: Diesel: SI NO	Patente N°: Diesel: SI NO	
	Motor N°:	Motor N°:	

Daños al/los vehículos	. Marcar (x)			00	00			
Daños a	Detallar			¿Observó daños anteriores SI ☐ NO ☐	a los ocasionados?			
Datos Adicionales		Taller/Lugar de Inspección:_ Domicilio: Localidad: I	Tel.:	Asegurado en:Póliza N°: Fecha de Vigencia: Dde.: Hasta: Cobertura: TR/CF TR/SF A B C				
Testigo		re y Apellido	Domicilio	DNI	Teléfono			
Tipo de En Auto Otros: _ Colisión	accident pista 🗆 con: Pe	atón □ Vehículo □ Tran	cial	os Explosión Inmersión	esplazamiento □ □ ure Puente □			
	Otros: Croquis, Orientación y Detalle del Hecho.							
En caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados.								
(Ver De	talle del	otro vehículo en la siguient	e hoja.)					
En caso de robo: ¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI NO 2 ¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI NO Si contestó afirmativamente, por favor, describa la gestión:								
Declaración del Asegurado. Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.								
Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada								
DNI:								
Fecha:								
E-mail:			Firma	:	Aclaración:			



FORMULARIO DE DENUNCIA AUTOMÓVILES PARTICULARES

DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)	
Propietario:	Género: F M
Tipo y N° de documento: Teléfono:	
Domicilio:	C.P.:
Localidad: Provincia:	País:
Marca: Modelo:	
Dominio: Año: N° Motor: I	-
Uso del vehículo: particular □ carga □ comercial □ taxi o □ transporte □ servicios de □ o carga remis público urgencia Detalle los daños del vehículo: □	☐ fuerzas de ☐
Examen de alcoholismo del conductor: SI NO Se negó Se negó	
El conductor ¿es el propietario? SI □ NO □	
Conductor: Género: F M	
Tipo y N° de documento:Teléfono:	
Domicilio:	
Localidad: Provincia:	
Estado Civil: Fecha de Nacimiento: L	
¿Conductor habitual del vehículo? SI \(\simegistro \text{N} \) Registro \(\text{N}^\circ \) Vencimiento: \(\simegistro \text{N} \)	
DAÑOS MATERIALES A COSAS	
Propietario: Teléfono:	Género: F □ M □
Tipo y N° de documento: Domicilio:	
Localidad: Provincia: País:	
Detalle los daños:	
DATOS DEL DENUNCIANTE	
¿Es el conductor o asegurado? SI \(\simega \) NO \(\simega \)	
Nombre y Apellido:	Género: F □ M □
Tipo y N° de documento: Teléfono:	
Domicilio:	
Localidad: Provincia:	
Declaración del Asegurado.	. 415.
Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilid comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o a mi alcance suministrar.	
Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada	
DNI:	
Fecha:	
E-mail:	
L IIIdii.	

LESIONES A PERSONAS Póliza N°: ______ Siniestro N°: _____ **LESIONES A TERCEROS (1)** _____ Género: F 🗌 Nombre v Apellido: $\mathsf{M} \square$ Tipo y N° de documento: ______ Teléfono: _____ Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: ______ País: _____ País: _____ Fecha de Nacimiento: Estado Civil: ___ 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: SI NO Se negó ¿Fueron trasladados a algún hospital? SI \(\simega\) NO \(\simega\) ¿Cuál?_____ _____ ¿Por qué medios? _____ ¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente: LESIONES A TERCEROS (2) Género: F Nombre y Apellido: _____ $\mathsf{M} \square$ Tipo y N° de documento: ______ Teléfono: _____ _____ C.P.: _____ Domicilio: Localidad: Provincia: País: Fecha de Nacimiento: Estado Civil: _____ Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado □ Pasajero otro vehículo □ Peatón Leves Graves (con internación) □ Mortal Tipo de lesiones Examen de alcoholemia: SI NO Se negó 🗌 ¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál? _____ ¿Por qué medios? _____ ¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente: **LESIONES A TERCEROS (3)** _____ Género: F 🗆 Nombre v Apellido: $\mathsf{M} \square$ Tipo y N° de documento: ______ Teléfono: _____ _____ C.P.: _____ Domicilio: ____ País: ____ Localidad: ____ ____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: Conductor otro vehículo Relación con el asegurado Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) □ Mortal Examen de alcoholemia: SI NO Se negó _____ ¿Por qué medios?_____ ¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál?__ ¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente: Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada Fecha: _____ E-mail: _____

Firma:

Aclaración: