



**PARANA
SEGUROS**

Maipú 215 (C10084ABE)
BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL. 4320-0000 FAX 4320-0020

DENUNCIA DE SINIESTROS AUTOMOVILES

- Excluidos Robos Totales -

Número de Siniestro

Choque ☐ Vuelco ☐ Incendio ☐ Daños a cosas o inmuebles ☐ Robos parciales ☐ Otros ☐
Con lesiones y/o muertes ☐ (1) - Sin lesiones ni muertes ☐

| | | | |
|-----------|--------------|-----------|---------------|
| Productor | Casillero N° | Póliza N° | Grupo y Orden |
|-----------|--------------|-----------|---------------|

*Datos del
Asegurado*

Apellido y Nombre/Razón Social: _____

Domicilio Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dto.: _____

Localidad: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Tel. Part.: _____ Estado Civil: Casado ☐ No Casado (Soltero, Viudo, Separado) ☐ Sexo ☐ M ☐ F

El Asegurado es el conductor habitual del vehículo ☐ Si ☐ No ☐ Edad: _____ años

D.N.I. / Registro de Conductor N° _____ Categoría: _____ Vencimiento: ____/____/____

E-Mail: _____ Celular: _____ Tel. Trabajo: _____

*Datos del
Conductor
(en caso
de ser
del propio
Asegurado,
NO llenar
este sector)*

Apellido y Nombre: _____

| | |
|--------|------|
| L.E. | C.I. |
| D.N.I. | L.C. |

 N° _____

Domicilio Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dto.: _____

Localidad: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Vínculo con el Asegurado: Empleado ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Sexo: ☐ M ☐ F Estado civil: Casado ☐ No Casado ☐ Edad: _____ años Tel. Particular: _____

Empleado en: _____ Puesto: _____ Tel. Trabajo: _____

Es conductor habitual del vehículo ☐ Si ☐ No ☐

Registro de Conductor N° _____ Categoría: _____ Vencimiento: ____/____/____

*Datos del
Vehículo
Asegurado*

Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ Patente N°: _____

Motor N°: _____ Chasis N°: _____ Unidad remolcada Patente N°: _____

Uso actual del vehículo: Comercial y/o Carga ☐ Taxi ☐ Particular ☐ Remise ☐ Otro ☐

Cantidad de personas que viajaban en el vehículo además del conductor: _____

*Unidad
Remolcada*

Con Freno: ☐ SI ☐ NO Acoplado: ☐ Semi: ☐ Casa Rodante: ☐ Otros: ☐

*Datos del
Tercero y
su vehículo
(en caso de
colisiones
múltiples
usar el
dorso)*

Apellido y Nombre: _____ Tel.: _____

Domicilio Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dto.: _____

Localidad: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Asegurado en: _____ Póliza N°: _____

Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Patente N°: _____

El conductor era propietario ☐ Si ☐ No ☐ Cantidad de personas que viajaban en este vehículo: _____

*Lugar y
Fecha del
siniestro*

Ocurrió en la Calle/Ruta/Avda.: _____ N° ó Km.: _____

Localidad/Partido: _____ Prov.: _____ C. Postal: _____

Fecha del Siniestro: ____/____/____ Horario: _____ Diurno ☐ Nocturno ☐ Tiempo: Seco ☐ Lluvia ☐ Niebla ☐

*Actuaciones
judiciales
y/o
Policiales*

Hubo intervención policial? ☐ Si ☐ No ☐ Comisaría interviniente: _____

N° de Sumario: _____ Dpto. Judicial: _____ Fuero: _____ Juzgado: _____

Secretaría: _____ N° de Causa: _____ Carátula: _____

(Adjuntar copia de la Certificación Policial)

*Inspección
del vehículo
Asegurado*

El vehículo asegurado puede inspeccionarse en el Taller: _____

Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

El Asegurado iniciará acciones contra el Tercero y/o su aseguradora? ☐ Si ☐ No ☐

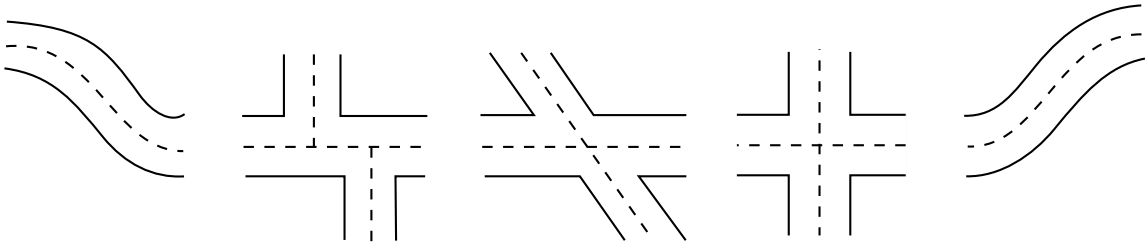
Cuenta con fotografías de su vehículo con los daños sufridos? ☐ Si ☐ No ☐

Constancia de Recepción

Daños a los
vehículos
(Marcar con
una X)

| TERCERO | Izq. | Der. | ASEGURADO | Izq. | Der. |
|-----------------------|------|------|-----------------------|------|------|
| Guardabarro delantero | | | Guardabarro delantero | | |
| Faro delantero | | | Faro delantero | | |
| Puerta delantera | | | Puerta delantera | | |
| Puerta trasera | | | Puerta trasera | | |
| Espejo retrovisor | | | Espejo retrovisor | | |
| Guardabarro trasero | | | Guardabarro trasero | | |
| Faro trasero | | | Faro trasero | | |
| Paragolpes delantero | | | Paragolpes delantero | | |
| Paragolpes trasero | | | Paragolpes trasero | | |
| Baúl | | | Baúl | | |
| Capot | | | Capot | | |
| Techo | | | Techo | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Estimación de daño \$ | | | Estimación de daño \$ | | |

(1) LESIONES A TERCEROS



Instrucciones:

- 1 - Indique nombre de calles y sentido.
2 - Numere cada vehículo. Indique sentido de circulación.
3 - Use trazo continuo para indicar sentido de circulación.
4 - Use trazo discontinuo para indicar sentido luego del hecho.
5 - Identifique.



Datos Adicionales:

- 1 - SUELO
(A: asfalto, B: empedrado, C: ripio, D: tierra, E: otros) ☐
- 2 - ESTADO DEL SUELO
(A: seco, B: mojado) ☐
- 3 - CLIMA
(A: despajado, B: lluvioso, C: llovizna, D: niebla, E: otros) ☐

Datos del
Vehículo (2)
(Comisión
Múltiple)

| | | | |
|--|---------------------------|-------------|-------------|
| Conductor: Apellido y Nombre: _____ | Daños Vehículo (2) | Izq. | Der. |
| Reg. Conductor N°: _____ Categoría: _____ Vto. ____ / ____ / ____ | Guardabarro delantero | | |
| Domicilio Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto.: _____ | Faro delantero | | |
| C. Postal: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ | Puerta delantera | | |
| Asegurado en: _____ Póliza N°: _____ | Puerta trasera | | |
| Cobertura: _____ Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ | Espejo retrovisor | | |
| Patente N°: _____ Color: _____ Uso: _____ | Guardabarro trasero | | |
| El conductor del vehículo era propietario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Faro trasero | | |
| | Paragolpes delantero | | |
| | Paragolpes trasero | | |
| | Baúl | | |
| | Capot | | |
| | Techo | | |
| | Estimación de daño \$ | | |

DETALLE DE ACCIDENTE

Cree que el siniestro corresponde a una destrucción total? ☐ Si ☐ No

Declaro que las informaciones precedentes son el fiel reflejo del siniestro. Autorizo a Parana Seguros a realizar cuenta diligencia considere necesaria para esclarecer el hecho.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado