



Federal Seguros

Aseguradora Federal Argentina S.A.

Productor:

ANEXO 1

Aseguradora Federal Argentina S.A.  
Balcarce 683 (C1064AAM)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
www.aseguradorafederal.com.ar

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

PÓLIZA N° ..... SINIESTRO N° .....

1- FECHA DEL SINIESTRO				ESTADO DEL TIEMPO				
Fecha ...../...../.....	Hora .....	Diurno	Nocturno	Seco	Lluvia	Granizo	Niebla	Nieve

2- LUGAR DEL SINIESTRO								
Localidad .....				Provincia .....				
País .....			Calle .....			N° .....		
Intersección de / Entre .....				y .....				
Ruta N° .....	Km. ....	Nacional	Provincial	Cruce con Ruta N° .....		Cruce señalizado	SI	NO
Cruce tren	barrera	Si	No	Cruce señalizado?		Si	No	Estado barrera .....
Semáforo	Si	No	Funciona?	Si	No	Intermitente	Color .....	
Tipo de calzada .....				Estado de calzada .....				

3- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO								
Nombre y Apellido .....						Género	F	M
Tipo y N° Documento .....						Teléfono .....		
Domicilio .....						CP .....		
Localidad .....			Provincia .....			País .....		
Estado Civil .....						Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....		
Examen de alcoholemia		Si	No	Se negó				
Conductor habitual del vehículo?		Si	No	Registro N° .....		Vencimiento ..... / ..... / .....		
Es el propio asegurado?		Si	(continuar en el punto 5)		No	Relación con el asegurado .....		

4- DATOS DEL ASEGURADO								
Nombre y Apellido o Razón Social .....								
Tipo y N° Documento .....						Teléfono .....		
Domicilio .....						CP .....		
Localidad .....			Provincia .....			País .....		

5- DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO								
Marca .....			Modelo .....			Tipo .....		
Dominio .....						Año .....		
N° Motor .....			N° Chasis .....					
Uso del vehículo	Particular	Comercial o Carga		Taxi o Remis	Transp. Público	Servicio de Urgencia		Fuerzas de Seguridad
Cobertura afectada	Robo	parcial	total	Incendio	parcial	total	Daño	parcial total
Detalle los daños del vehículo .....								
.....								
.....								
.....								

6- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)								
Propieatrio .....						Género	F	M
Tipo y N° Documento .....						Teléfono .....		
Domicilio .....						CP .....		
Localidad .....			Provincia .....			País .....		
Marca .....			Modelo .....			Tipo .....		
Dominio .....		Año .....	N° Motor .....		N° Chasis .....			
Uso del vehículo	Particular	Comercial o Carga		Taxi o Remis	Transp. Público	Servicio de Urgencia		Fuerzas de Seguridad
Tiene seguro	No	Si	Compañía .....			N° Póliza .....		
Detalle los daños del vehículo .....								
.....								
Examen de alcoholemia de conductor		Si	No	Se negó				
El conductor es propietario?		Si	(continuar en el punto 8)		No	(completar la información que sigue)		
Conductor .....						Género	F	M
Tipo y N° Documento .....						Teléfono .....		
Domicilio .....						CP .....		
Localidad .....			Provincia .....			País .....		
Estado Civil .....						Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....		
Conductor habitual del vehículo?		Si	No	Registro N° .....		Vencimiento ..... / ..... / .....		

### 7- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario .....						Género	F	M
Tipo y N° Documento .....						Teléfono .....		
Domicilio .....						CP .....		
Localidad .....				Provincia .....		País .....		
Marca .....				Modelo .....		Tipo .....		
Dominio .....		Año .....		N° Motor .....		N° Chasis .....		
Uso del vehículo	Particular	Comercial o Carga	Taxi o Remis	Transp. Público	Servicio de Urgencia	Fuerzas de Seguridad		
Tiene seguro	No	Si	Compañía .....			N° Póliza .....		
Detalle los daños del vehículo .....								
.....								
Examen de alcoholemia de conductor		Si	No	Se negó				
El conductor es propietario?		Si	(continuar en el punto 8)		No	(completar la información que sigue)		
Conductor .....						Género	F	M
Tipo y N° Documento .....						Teléfono .....		
Domicilio .....						CP .....		
Localidad .....				Provincia .....		País .....		
Estado Civil .....						Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....		
Conductor habitual del vehículo?		Si	No	Registro N° .....		Vencimiento ..... / ..... / .....		

## 8- DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario .....		Género	F	M
Tipo y N° Documento .....		Teléfono .....		
Domicilio .....		CP .....		
Localidad .....	Provincia .....	País .....		
Detalle de los daños .....				
.....				
.....				

## 9- CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente	frontal	posterior	lateral	en cadena	vuelco	desplazamiento
	inmersión	incendio	explosión	daño a la carga		
En autopista	En calle	En avenida	En curva	En pendiente	En túnel	Sobre puente
Colisión con	peatón	vehículo	transp. público	edificio	columna	animal
						Otro .....

### DETALLE DEL SINIESTRO

Autoridad Policial que intervino. Indicar Comisaría .....

Dar intervención a la autoridad policial para que constate el accidente, aportando las mayores pruebas y testimonios.

## 10- DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor el asegurado? Si (continuar en el punto 11) No (completar la información que sigue)

Nombre y Apellido ..... Género F M

Tipo y N° Documento ..... Teléfono .....

Domicilio ..... CP .....

Localidad ..... Provincia ..... País .....

**11- Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.**

Lugar ..... Fecha ..... / ..... / ..... Hora .....

(3) Firma ..... (4) Firma .....

Aclaración .....

IMPORTANTE: CUANDO EL CONDUCTOR NO SEA EL ASEGURADO EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR AMBOS



# Federal Seguros

Aseguradora **Federal** Argentina S.A.

ANEXO 2 LESIONES

Aseguradora Federal Argentina S.A.  
Balcarce 683 (C1064AAM)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
www.aseguradorafederal.com.ar

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

PÓLIZA N° ..... SINIESTRO N° .....

1- LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido ..... Género F M

Tipo y N° Documento ..... Teléfono .....

Domicilio ..... CP .....

Localidad ..... Provincia ..... País .....

Estado Civil ..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el aseguradoConductor otro vehículoPasajero vehículo asegurado

Pasajero otro vehículoPeatón

Tipos de lesionesLevesGraves (con internación)Mortal

Examen de alcoholemiaSiNoSe negó

Centro asistencial .....

1- LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido ..... Género F M

Tipo y N° Documento ..... Teléfono .....

Domicilio ..... CP .....

Localidad ..... Provincia ..... País .....

Estado Civil ..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el aseguradoConductor otro vehículoPasajero vehículo asegurado

Pasajero otro vehículoPeatón

Tipos de lesionesLevesGraves (con internación)Mortal

Examen de alcoholemiaSiNoSe negó

Centro asistencial .....

1- LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido ..... Género F M

Tipo y N° Documento ..... Teléfono .....

Domicilio ..... CP .....

Localidad ..... Provincia ..... País .....

Estado Civil ..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el aseguradoConductor otro vehículoPasajero vehículo asegurado

Pasajero otro vehículoPeatón

Tipos de lesionesLevesGraves (con internación)Mortal

Examen de alcoholemiaSiNoSe negó

Centro asistencial .....

1- LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido ..... Género F M

Tipo y N° Documento ..... Teléfono .....

Domicilio ..... CP .....

Localidad ..... Provincia ..... País .....

Estado Civil ..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el aseguradoConductor otro vehículoPasajero vehículo asegurado

Pasajero otro vehículoPeatón

Tipos de lesionesLevesGraves (con internación)Mortal

Examen de alcoholemiaSiNoSe negó

Centro asistencial .....

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.

Lugar ..... Fecha ..... / ..... / ..... Hora .....

(3) Firma ..... (4) Firma .....

Aclaración ..... Aclaración .....

IMPORTANTE: CUANDO EL CONDUCTOR NO SEA EL ASEGURADO EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR AMBOS