

1. DATOS DE PÓLIZA

Matrícula Productor N° Siniestro N° Póliza/Item
Cobertura Vigencia: Desde Hasta

2. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social
Documento tipo Número Teléfono
Domicilio CPA (Código Postal Argentino)
Localidad: Provincia: País:
Fecha de nacimiento CUIT - - Actividad o Profesión
Nacionalidad Domicilio Real
Domicilio comercial Estado civil

3. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca Modelo Tipo
Dominio Año N° Motor N° Chasis
USO DEL VEHÍCULO Particular Comercial o carga Taxi o Remise Transporte público Servicios de Urgencia Fuerzas de seguridad
COBERTURA AFECTADA ROBO Total Parcial INCENDIO Total Parcial DAÑO Total Parcial
Detalle de los daños del vehículo

4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido Género M F
Documento tipo Número Teléfono
Domicilio CPA (Código Postal Argentino)
Localidad: Provincia: País:
Fecha de nacimiento CUIT - - Actividad o Profesión
Nacionalidad Domicilio Real
Domicilio comercial Estado civil
Examen de alcoholemia Sí No ¿Se negó? ¿Conductor habitual del vehículo? Sí No
Registro N° Categoría/s Vencimiento Vigencia desde Hasta
¿Es el propio asegurado? Sí (Continuar en el punto 5) No Relación con el asegurado

5. FECHA Y LUGAR DEL SINIESTRO

Fecha: Hora: Estado del tiempo Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve
Localidad: Provincia: País:
Intersección de/entre
Ruta N° Km. Nacional Provincial Cruce con ruta N° ¿Cruce señalizado? Sí No
Cruce de tren Barreras Sí No ¿Cruce señalizado? Sí No Estado de la barrera
¿Semáforo? Sí No ¿Funciona? Sí No Intermitente Color
Tipo de calzada Estado

6. DETALLE DE OTRO VEHÍCULO

Propietario Género M F
Documento tipo Número Teléfono E-Mail
Domicilio CPA (Código Postal Argentino)
Localidad: Provincia: País:
Registro N° Categoría/s Vencimiento Vigencia desde Hasta
Marca Modelo Tipo
Dominio Año N° Motor N° Chasis
USO DEL VEHÍCULO Particular Comercial o carga Taxi o Remise Transporte público Servicios de Urgencia Fuerzas de seguridad
Detalle de los daños del vehículo
Examen de alcoholemia Sí No ¿Se negó? ¿El conductor es propietario? Sí Continuar en el punto 7 No Completar la información que sigue
Conductor
Documento tipo Número Teléfono
Domicilio CPA (Código Postal Argentino)
Localidad: Provincia: País:
Estado Civil Fecha de nacimiento ¿Conductor habitual del vehículo? Sí No
Registro N° Categoría/s Vencimiento Vigencia desde Hasta
Expedido por
Asegurado en Póliza

7. DAÑOS A COSAS MATERIALES

Propietario _____ Género M F
Documento tipo _____ Número _____ Teléfono _____ E-Mail _____
Domicilio _____ CPA (Código Postal Argentino) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Daño ocasionado a _____
Detalle de los daños _____

8. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

TIPO DE ACCIDENTE
 Frontal
 Posterior
 Lateral
 En cadena
 Vuelco
 Desplazamiento
 Inmersión
 Incendio
 Explosión
 Daño con carga
LUGAR
 Autopista
 Calle
 Avenida
 Curva
 Pendiente
 Túnel
 Sobre puente
 Otro: _____
COLISIÓN CON:
 Peatón
 Vehículo
 Transp. Público
 Edificio
 Columna
 Animal
 Otro: _____

CROQUIS
REFERENCIAS:
1) Asegurado
2) Tercero
3)
[Diagrama de croquis con ejes N, S, E, O]

DETALLES DEL SINIESTRO

Testigos _____

Si hubo intervención policial, indique comisaría: _____
Si se instruyó sumario, indique juzgado: _____

9. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido _____ Género M F
Documento tipo _____ Número _____ Teléfono _____ E-Mail _____
Domicilio _____ CPA (Código Postal Argentino) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____
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 Sí No Se negó
Centro asistencial _____

10. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido _____ Género M F
Documento tipo _____ Número _____ Teléfono _____ E-Mail _____
Domicilio _____ CPA (Código Postal Argentino) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____
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 Sí No Se negó
Centro asistencial _____

11. DATOS DEL DENUNCIANTE

¿El conductor es asegurado? Sí No (Completar la información que sigue)
Nombre y Apellido _____ Género M F
Relación con el Asegurado _____ Documento tipo _____ Número _____ Teléfono _____
Domicilio _____ CPA (Código Postal Argentino) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Fecha de nacimiento _____ CUIT _____ Actividad o Profesión _____
Nacionalidad _____ Domicilio Real _____
Domicilio comercial _____ Estado civil _____

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada
Confeccionada (Lugar y fecha) _____
Presentada a la Compañía (Lugar y fecha) _____
Hora: _____

FIRMA

ACLARACIÓN