

Automotores / Denuncia de siniestro - Anexo I

Aseguradora La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A.		Póliza N°	Siniestro N°	Cod. Productor
1- Fecha del siniestro				
Fecha	Hora	Estado del tiempo: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Lluvia <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Granizo <input type="checkbox"/> Nieve <input type="checkbox"/>		
2- Lugar del siniestro				
Localidad		Provincia		CPA
País		Calle		N°
Intersección de / Entre y				
Ruta N°	km.	Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/>	Cruce con ruta N°	Cruce señalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cruce Tren <input type="checkbox"/>	Barrera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cruce señalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estado barrera	
Semáforo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Funciona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Intermitente	Color	
Tipo de calzada		Estado calzada		
3- Datos del conductor del vehículo asegurado				
Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Tpo y N° Doc.	
Domicilio		CPA	Tel.	
Localidad		Provincia		País
Estado Civil		Fecha de Nacimiento		
Examen de alcoholemia		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>		
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°	Vencimiento	
Es el propio asegurado? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 5) No <input type="checkbox"/>		Relación con el asegurado		
4- Datos del asegurado				
Nombre y Apellido o Razón Social				
Tipo y N° de Documento			Teléfono	
Domicilio			CPA	
Localidad			Provincia	
			País	
5- Datos del vehículo asegurado				
Marca		Modelo		Tipo
Dominio		Año	N° Motor	N° Chasis
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>				
Cobertura afectada Robo: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Incendio: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Daño: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>				
Detalle los daños del vehículo				
Lugar y día de inspección del vehículo asegurado				
6- Datos del otro vehículo (1)				
Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Tipo y N° Doc.	
Domicilio		CPA	Tel.	
Localidad		Provincia		País
Marca		Modelo		Tipo
Dominio		Año	N° Motor	N° Chasis
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>				
Asegurado en			Póliza N°	
Detalle los daños del vehículo				
Examen de alcoholemia del conductor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>				
El conductor es el propietario? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 8) No <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)				

Conductor			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° Documento		Estado Civil	Fecha de Nacimiento	
Domicilio			CPA	Tel.
Localidad		Provincia		País
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°	Vencimiento	

7- Datos del otro vehículo (2)

Propietario			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° Doc.	
Domicilio			CPA	Tel.		
Localidad		Provincia		País		
Marca		Modelo		Tipo		
Dominio		Año	N° Motor	N° Chasis		
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/>		Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Taxi o Remis <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicios de urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>
Asegurado en				Póliza N°		
Detalle los daños del vehículo						
Examen de alcoholemia del conductor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>						
El conductor es el propietario? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 8) No <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)						
Conductor			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Tipo y N° de Documento		Estado Civil	Fecha de Nacimiento			
Domicilio			CPA	Tel.		
Localidad		Provincia		País		
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°	Vencimiento			

8- Daños materiales a cosas

Propietario			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° Doc.	
Domicilio			CPA	Tel.		
Localidad		Provincia		País		
Detalle los daños						

9- Característica del siniestro

Tipo de Accidente Frontal <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> En cadena <input type="checkbox"/> Vuelco <input type="checkbox"/> Desplazamiento <input type="checkbox"/>						
Inmersión <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Daño c/ la carga <input type="checkbox"/>						
En autopista <input type="checkbox"/> En calle <input type="checkbox"/> En avenida <input type="checkbox"/> En curva <input type="checkbox"/> En pendiente <input type="checkbox"/> En túnel <input type="checkbox"/> Sobre Puente <input type="checkbox"/> Otro						
Colisión con: Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Transp. públ. <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otro						
CROQUIS			<p>Indique en el croquis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las líneas válidas correspondientes. - el nombre de calles. - lugar de salida. - lugar de destino. - ubicación del testigo. <p>Dibuje el Asegurado con un recuadro vacío <input type="checkbox"/></p> <p>Dibuje el Tercero con un recuadro lleno <input type="checkbox"/></p>			

Detalles del siniestro					

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

Lugar		Fecha	Hora
-------	--	-------	------

EN SINIESTROS CON LESIONES COMPLETAR ANEXO II

Indicar con una X si el denunciante es el Asegurado Conductor Apoderado

Firma

Aclaración