

1. DATOS DE PÓLIZA

Matricula		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						Nº Motor											Nº Chasis										
USO DEL VEHÍCULO			☐ Particular		☐ Comercial o carga		☐ Taxi o Remisse		☐ 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: _____

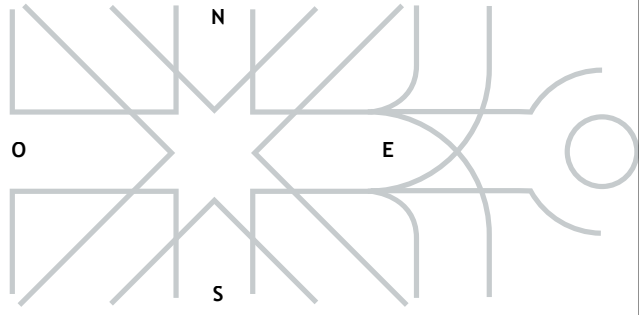
COLISIÓN CON:

- ☐ Peatón
☐ Vehículo
☐ Transp. Público
☐ Edificio
☐ Columna
☐ Animal
☐ Otro: _____

CROQUIS

REFERENCIAS:

- 1) Asegurado
 2) Tercero
 3) _____



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