



# Formulario de Denuncia de Siniestro - Asegurado

## Sección Automóviles

Le agradecemos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

1. Escriba en letra de imprenta.
2. No deje de completar todos los datos de este formulario.
3. Recuerde firmarlo y fecharlo.
4. Siga los pasos que le indicamos.

### En caso de un siniestro:

- a. Lea las páginas de su Póliza.
- b. Si alguna persona sufrió lesiones en el accidente, por favor comuníquese lo antes posible con la Compañía.

Por favor, asegúrese de dejarnos un teléfono al que podamos llamarlo, de 9 a 18 hs., en el caso que un representante de la Compañía necesite contactarlo.

**Si lo considera necesario, agregue una hoja a este formulario, para ampliar información.**

### Importante:

**Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo. El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.**

Póliza N°: ..... Item: ..... Siniestro: .....

### Datos del Asegurado

Nombre y Apellido: ..... DNI: .....  
Domicilio: ..... Tel.: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... CP: .....  
Edad: ..... Estado civil: ..... Sexo: .....  
Profesión: .....  
Registro N° ..... Vto: ..... Exp. por: .....

### Datos del Conductor

Nombre y Apellido: ..... DNI: .....  
Domicilio: ..... Tel.: .....  
Edad: ..... Estado civil: .....  
Registro N° ..... Vto: ..... Exp. por: .....  
Profesión: .....  
Relación con el asegurado: .....

### Datos del Vehículo Asegurado:

Tipo: ..... Marca: ..... Diesel: SI  NO   
Modelo: ..... Año: ..... GNC: SI  NO   
Motor: ..... Chasis: ..... Alarma: SI  NO   
Patente: ..... Color del auto: ..... Uso o destino: .....  
Vehículo prendado: SI  NO  Acredor prendario: ..... Tel.: .....

### Lugar de Ocurrencia (Marcar con una X lo que corresponda)

Dirección: ..... Localidad: ..... CP: .....  
Fecha: ..... Hora: .....  
Choque en cadena:  Calle:  Bocacalle:  Avenida:  Autopista:  Ruta:   
Existe señalización: SI  NO  Tipo: ..... Estado de la calzada: .....

**Forma Ocurrencia**

(Explique en forma detallada como ocurrió)

.....  
.....  
.....  
.....

**En el caso de Choque en Cadena,**

detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

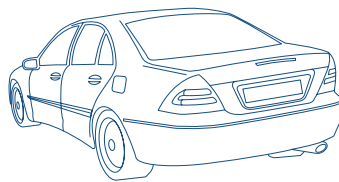
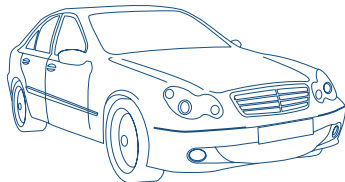
**En caso de Robo:**

¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI  NO   
¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI  NO   
¿Cuál? .....

**Intervención Policial:**

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI  NO   
Comisaría: ..... Acta N°: .....  
Juzgado ..... Secretaria: .....

**Daños al Vehículo asegurado, Marcar (X):**



Detallar:

.....  
.....  
.....  
.....

**Inspección: (\*)**

Taller de inspección: ..... Domicilio: .....  
Tel: ..... Fecha de la inspección: ..... Hora: .....

**(\*) Muy importante**

Todas las inspecciones deberán ser solicitadas con 48 hs. de anticipación. Ningún trabajo de reparación indemnizable por la Compañía, podrá ser ordenado por el asegurado sin que previamente haya sido verificado y autorizado por la Compañía.

**Lesión a Terceros (Personas)**

SI  NO

Nombre y Apellido ..... Edad ..... DNI .....  
Domicilio ..... Tel .....  
Ocupante del 3ro.  Vehículo del Aseg.  Peatón y/u otros  Tipo de Lesión: Leve  Grave  Muerte   
Relación con el Asegurado .....

Nombre y Apellido ..... Edad ..... DNI .....  
Domicilio ..... Tel .....  
Ocupante del 3ro.  Vehículo del Aseg.  Peatón y/u otros  Tipo de Lesión: Leve  Grave  Muerte   
Relación con el Asegurado .....

Nombre y Apellido ..... Edad ..... DNI .....  
Domicilio ..... Tel .....  
Ocupante del 3ro.  Vehículo del Aseg.  Peatón y/u otros  Tipo de Lesión: Leve  Grave  Muerte   
Relación con el Asegurado .....

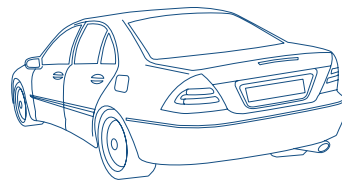
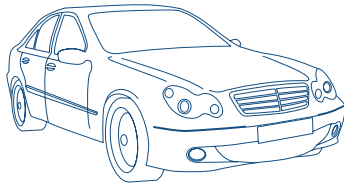
**Hospital**

¿Fueron trasladados a algún Hospital? SI  NO  ¿Cuál? .....  
¿A través de qué medio fueron trasladados? .....

**Datos del Tercero:**  
**(Vehículos)**  
Según Cédula Verde

Propietario: ..... DNI: ..... Edad: .....  
Domicilio: ..... Localidad: ..... Prov.: ..... CP: .....  
Conductor: ..... DNI: ..... Edad: .....  
Domicilio: ..... Localidad: ..... Prov.: ..... CP: .....  
Registro N° ..... Exp. por: ..... Categoría: ..... Vto.: .....  
Tipo/Vehículo: ..... Marca: ..... Modelo: ..... Año: .....  
Chásis: ..... Patente: ..... Motor: ..... Color: .....  
Ocupación actual: .....  
Detalle de daños: .....  
Relación con el Asegurado: .....  
Asegurado en: ..... Póliza N°: .....

**Daños al vehículo**  
**del tercero**  
Marcar (X):



Detallar:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI  NO

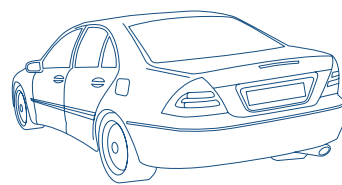
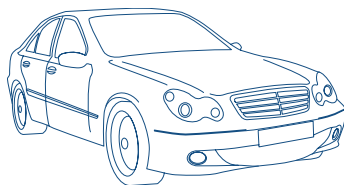
Detallar: .....

.....  
.....  
.....

**Datos del Tercero:**  
**(Vehículos)**  
Según Cédula Verde  
(Completar solo  
en caso de  
choque múltiple)

Propietario: ..... DNI: ..... Edad: .....  
Domicilio: ..... Localidad: ..... Prov.: ..... CP: .....  
Conductor: ..... DNI: ..... Edad: .....  
Domicilio: ..... Localidad: ..... Prov.: ..... CP: .....  
Registro N° ..... Exp. por: ..... Categoría: ..... Vto.: .....  
Tipo/Vehículo: ..... Marca: ..... Modelo: ..... Año: .....  
Chásis: ..... Patente: ..... Motor: ..... Color: .....  
Ocupación actual: .....  
Detalle de daños: .....  
Relación con el Asegurado: .....  
Asegurado en: ..... Póliza N°: .....

**Daños al vehículo**  
**del tercero**  
Marcar (X):



Detallar:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI  NO

Detallar: .....

.....  
.....  
.....

**Datos del Tercero  
(Propiedades)**

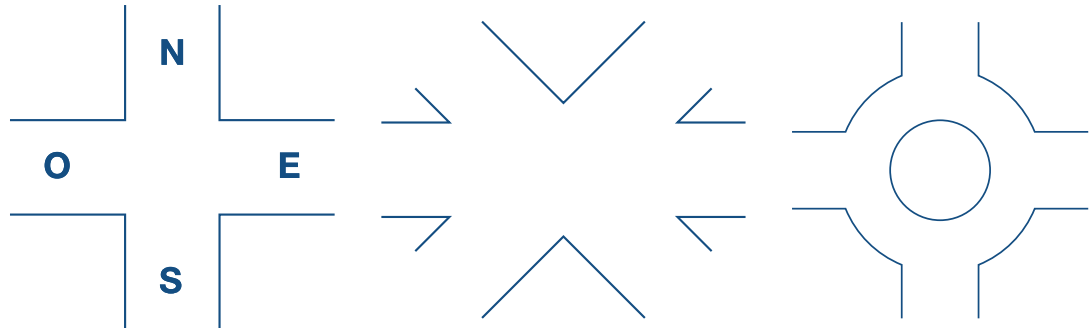
Propiedades  Postes  Alcantarillas  Puentes   
Propietario: .....  
Ubicación de la propiedad dañada: .....  
Detalles de los daños ocasionados: .....

**Datos de Testigos**

Apellido y Nombres: ..... .DNI: .....  
Domicilio: ..... .Localidad: ..... .Tel.: .....  
  
Apellido y Nombres: ..... .DNI: .....  
Domicilio: ..... .Localidad: ..... .Tel.: .....

**Datos obligatorios**

**Croquis y  
Orientación del  
Hecho.**  
Dibujar situación  
de los vehículos en  
el accidente.



Calle o Avenida de Circulación (Asegurado): .....  
Sentido del Tráfico: .....  
¿Mano única? SI  NO

Calle o Avenida de Circulación (Tercero): .....  
Sentido del Tráfico: .....  
¿Mano única? SI  NO   
¿Había semáforos? SI  NO   
¿Funcionan correctamente? SI  NO   
Color al momento del accidente: .....

**Declaración del  
Asegurado**

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

.....  
Firma del Asegurado

.....  
Aclaración y DNI

.....  
Dirección de e-mail

.....  
Fecha

Recibió: .....

Fecha: .....

