



Denuncia de siniestro

Anexo I

Aseguradora La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A.		Póliza N°	Siniestro N°
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 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			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
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			
6- Datos del otro vehículo(1)			
Propietario			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
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"/>			
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 Nº de Documento		Teléfono
Domicilio		CPA
Localidad	Provincia	País
Estado Civil		Fecha de Nacimiento
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Registro Nº.	Vencimiento:

7- Datos del otro vehículo(2)

Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº de Documento		Teléfono
Domicilio		CPA
Localidad	Provincia	País
Marca	Modelo	Tipo
Dominio	Año	Nº. Motor
Nº. 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"/>		
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 Nº de Documento		Teléfono
Domicilio		CPA
Localidad	Provincia	País
Estado Civil		Fecha de Nacimiento
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Registro Nº.	Vencimiento:

8- Daños materiales a cosas

Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº de Documento		Teléfono
Domicilio		CPA
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 N O S E	Detalles del siniestro	

10- Datos del denunciante

Es el conductor o asegurado?	Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 11) No <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)	
Nombre y Apellido		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº de Documento		Teléfono
Domicilio		CPA
Localidad	Provincia	País

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

Lugar	
Fecha	Hora

EN SINIESTROS CON LESIONES COMPLETAR ANEXO II

Firma

Aclaración



Denuncia de siniestro

Anexo II

Aseguradora La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A.		Póliza N°	Siniestro N°
Lesiones a terceros (1)			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>			
Tipo de lesiones Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>			
Examen de alcoholemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Centro asistencial			
Lesiones a terceros (2)			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>			
Tipo de lesiones Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>			
Examen de alcoholemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Centro asistencial			
Lesiones a terceros (3)			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>			
Tipo de lesiones Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>			
Examen de alcoholemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Centro asistencial			
Lesiones a terceros (4)			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>			
Tipo de lesiones Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>			
Examen de alcoholemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Centro asistencial			
Lesiones a terceros (5)			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>			
Tipo de lesiones Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/>			
Examen de alcoholemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Centro asistencial			