

DENUNCIA DEL SINIESTRO

SECCION AUTOMOTORES

RECOMENDACIONES:

Presente con este formulario la Denuncia Policial y el Registro de Conductor dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente. EN CASO DE EXISTIR LESIONADOS COMUNICARSE DE INMEDIATO CON LA COMPAÑIA.

SINIESTRO N° _____ POLIZA N° _____ Fecha de Ocurrencia ____ / ____ / ____ Hora: _____
 Lugar Preciso del hecho: _____ Localidad: _____ Pcia.: _____

Se hizo denuncia en la policia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Comisaria N° _____ Localidad: _____	
Hubo actuación judicial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Juzgado N° _____ Causa N°: _____	
ASEGURADO	TERCERO
PROPIETARIO	
Sr.: _____	
D.N.I.: _____ Tel.: _____	
Domicilio: _____ C.P.: _____	
Localidad: _____ Prov.: _____	
CONDUCTOR	
Sr.: _____	
Domicilio: _____ C.P.: _____	
Localidad: _____ Prov.: _____	
Edad: _____ E.Civil: _____ Nac.: _____	
Profesión: _____ Sexo: _____	
Lic. de Conductor N°: _____ Categ.: _____	
Expedida por: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____	
Relación con el Asegurado: _____	
Relación con el Propietario: _____	

VEHICULO	
Marca: _____ Modelo: _____	Marca: _____ Modelo: _____
Patente: _____ Año: _____	Patente: _____ Año: _____
Motor N°: _____ Color: _____	Motor N°: _____ Color: _____
Antirrobo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cristales Grabados: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Uso: _____
Mi vehículo tiene uso: _____	Asegurado en: _____
Posible Destrucción Total: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de Póliza: _____ Fecha de Vigencia: _____

X	X	X	X

Marcar (X) y detallar: _____ _____ _____ _____	DAÑOS DEL VEHICULO	Marcar (X) y detallar: _____ _____ _____ _____
---	---------------------------	---

Daños a Personas SI NO (en caso afirmativo completar al dorso)

Nombre: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha Inspección: ____ / ____ / ____	Taller de Reparac.	Nombre: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha Inspección: ____ / ____ / ____
--	---------------------------	--

USO INTERNO DE LA CÍA.	
Cobertura <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> s/DP <input type="checkbox"/> s/DT <input type="checkbox"/> RC Franquicia <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> SIN Observaciones: _____ _____	RECIBIDO POR: (con sello de recepción)

