

DENUNCIA DE SINIESTRO

IMPORTANTE:

Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros N° 17.418, el Asegurado deberá comunicar el acaecimiento del Siniestro dentro de las 72 horas de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

ASEGURADO:
Póliza N°: **Compañía:** **Siniestro:**
Denuncia Policial: Comisaría **de** **N° de Acta y/o Juzgado interviniente:**

1. FECHA DEL SINIESTRO

Fecha: Hora: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Calle/s: N°:
Localidad: Provincia:
Tipo de Calzada: Asfalto Empedrado Tierra Ripio Estado Calzada: Seco Mojado

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:
Domicilio: CP: Localidad:
Provincia: País: Estado Civil:
Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:
Registro N°: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

4. DATOS DEL ASEGURADO (no completar si es el conductor)

Nombre y Apellido o Razón Social: Actividad:
Fecha de Nac.: Edad: Tipo y N° documento:
Estado Civil: Teléfono:
Domicilio: CP:
Localidad: Provincia: País:

5. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

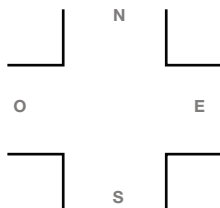
Marca: Modelo: Tipo: Dominio:
Año: N° Motor: N° Chasis:
Uso del vehículo: Particular Comercial Levaba acompañante/s? SI NO Cuántos?

Detalle los daños del vehículo:

6. CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco
Colisión con: Peatón Vehículo Transp. Público Edificio Columna Animal Otro:

CROQUIS Indicar las calles y el sentido con flechas.
Dibujar la posición de los vehículos.



DETALLES DEL SINIESTRO: el vehículo asegurado se encontraba

Utilizó Remolque o Auxilio? NO SI Cuál?

7. LESIONES DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento:
Teléfono: Domicilio: CP:
Localidad: Provincia: País:
Parentesco del asegurado con el acompañante:

Detalle de las lesiones:

8. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

Marca: Modelo: Tipo:

Dominio: Año: N° Motor: N° Chasis:

Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Servicio de urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle los daños del vehículo:

PROPIETARIO

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro N°: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro N°: Vencimiento: Asegurado en: Póliza N°:

9. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2) Completar solamente en caso de haber más de 1 vehículo involucrado

Marca: Modelo: Tipo:

Dominio: Año: N° Motor: N° Chasis:

Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Servicio de urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle los daños del vehículo:

PROPIETARIO

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro N°: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro N°: Vencimiento: Asegurado en: Póliza N°:

10. DAÑOS MATERIALES A COSAS (Edificio, Árbol, Volquete, Animal, Otros)

PROPIETARIO Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Detalle de los daños:

DECLARACION DEL DENUNCIANTE

En caso de poseer cobertura de Robo me comprometo una vez reparado los daños que afectaron a la motocicleta a notificar y poner dicho motovehículo a su disposición para su verificación. Caso contrario tomo conocimiento para el supuesto que la motocicleta fuera robada, que se me descontará del monto indemnizatorio el valor actualizado de las reparaciones.

Declaro bajo juramento 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:

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del asegurado o denunciante

Aclaración y DNI