

Automóviles Particulares

Estamos para ayudarlo y resolver rápidamente su problema.

Le agradeceremos 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, al 4339-000.
- c. Al comunicarse telefónicamente, use este formulario como guía.

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.

Fecha de Ocurrencia:/...../..... Hora: Indique su N° de Póliza:Siniestro N°.....

Denuncia Policial: SI NO Comisaría N°: Localidad: Acta/Sumario N°:

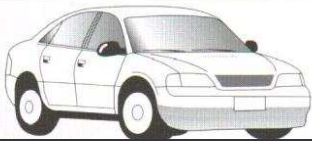
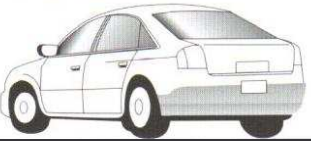

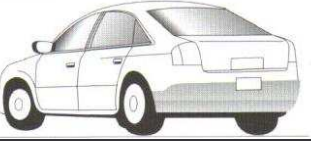
Estado del Tiempo: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

Cobertura Afectada: Robo parcial total Incendio parcial total Daño parcial total

LUGAR DEL SINIESTRO

Calle:..... N°:..... Localidad:..... Provincia:.....
País:..... Intersección de / Entre:..... y
Ruta N°..... km..... Nacional Provincial Cruce con ruta N°..... cruce señalizado? SI NO
Cruce tren barrera SI NO cruce señalizado? SI NO estado de la barrera.....
Semáforo SI NO funciona? SI NO intermitente Color.....
Tipo de Calzada:..... Estado Calzada:

Datos De:	Nuestro Asegurado	Tercero
Asegurados	Sr/a: Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Sr/a: Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Ocupación Actual: DNI :	Ocupación Actual: DNI:.....
	Tel:..... Domicilio:	Tel:..... Domicilio:
	Localidad: CP:.....	Localidad: CP:.....
	Prov.: País:.....	Prov.: País:.....
Conductores al momento del accidente	Conductor Principal o Habitual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad:.....	Conductor Principal o Habitual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad:.....
	Sr/a Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Sr/a Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	DNI N°: Tel:	DNI N°: Tel:
	Domicilio: CP:.....	Domicilio: CP:.....
	Localidad: Prov.:	Localidad: Prov.:
	País:..... Ocupación Actual:.....	País:..... Ocupación Actual:.....
	Estado Civil:..... Fecha de Nac.:...../...../.....	Estado Civil:..... Fecha de Nac.:...../...../.....
	Lic. de Conducir N° Categ.:	Lic. de Conducir N° Categ.:
	Expedida por: Vto.:/...../.....	Expedida por: Vto.:/...../.....
Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>	
Relación c/Asegurado:	Relación c/Asegurado:	
Vehículos	Titular según Cédula Verde, Sr/a:	Titular según Cédula Verde, Sr/a:
	Marca: Modelo:	Marca: Modelo:
	Tipo:..... Color:..... Año:.....	Tipo:..... Color:..... Año:.....
	Uso o Destino: particular <input type="checkbox"/> comercial o carga <input type="checkbox"/> taxi o remis <input type="checkbox"/>	Uso o Destino: particular <input type="checkbox"/> comercial o carga <input type="checkbox"/> taxi o remis <input type="checkbox"/>
	Transp. Público <input type="checkbox"/> Serv. de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>	Transp. Público <input type="checkbox"/> Serv. de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>
	Patente N°:..... Diesel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Patente N°:..... Diesel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Motor N° GNC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Motor N°: GNC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Chasis N°:..... Alarma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Chasis N°:..... Alarma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Daños a los vehículos	Marcar(x)	 	 
	Detallar	

¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI NO

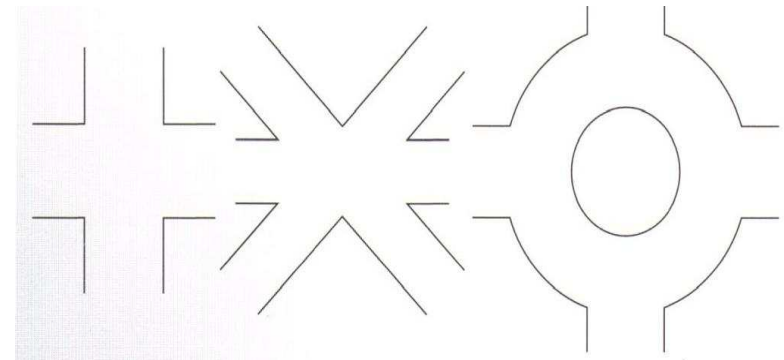
Datos Adicionales	Taller/Lugar de Inspección:	Asegurado en: Póliza N°:
	Domicilio: Tel.:	Fecha de Vigencia: Dde. / / Hasta: / /
	Localidad: Fecha de Insp.: / /	Cobertura: TR/CF <input type="checkbox"/> TR/SF <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Testigos:	Nombre y Apellido	Domicilio	DNI	Teléfono
1
2

CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: Choques: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento
 Robo Total Robo Parcial Incendio Daños Explosión Inmersión
 En Autopista En Calle En Avda. En Curva En Pendiente En Túnel Sobre Puente Otros:.....
 Colisión con: Peatón Vehículo Transp. Público Edificio Columna Animal Otros:.....

Croquis, Orientación y Detalle del Hecho.



.....

En caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados. (Ver Detalle del otro vehículo en la siguiente hoja.)

.....

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 Si contestó afirmativamente, por favor, describa la gestión:

.....

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.

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

DNI:.....
 Fecha:...../...../.....
 E-mail:.....

Firma

Aclaración

Automóviles Particulares**DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)**

Propietario: Género: F M
 Tipo y N° documento: Teléfono:
 Domicilio: C.P.:
 Localidad: Provincia: País:
 Marca: Modelo: Tipo:
 Dominio: Año: N° Motor: N° Chasis:
 comercial
 o carga
 Uso del vehículo particular carga taxi o transporte servicios de fuerzas de
 o remis público urgencia seguridad

Detalle los daños del vehículo:

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
 El conductor ¿es el propietario? SI NO

Conductor : Género: F M
 Tipo y N° documento: Teléfono:
 Domicilio: C.P.:
 Localidad: Provincia: País:
 Estado Civil: Fecha de Nacimiento / /
 ¿Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N° Vencimiento: / /

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario: Teléfono: Género F M
 Tipo y N° documento: Domicilio:
 Localidad: Provincia: País: C.P.:
 Detalle los daños:

DATOS DEL DENUNCIANTE

¿Es el conductor o asegurado? SI NO
 Nombre y Apellido: Género: F M
 Tipo y N° documento: Teléfono:
 Domicilio: C.P.:
 Localidad: Provincia: País:

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.

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

DNI:
 Fecha: / /
 E-mail: Firma Aclaración

LESIONES A PERSONAS

Póliza N°:..... Siniestro N°:.....

LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido:..... Género F M

Tipo y N° documento:..... Teléfono:.....

Domicilio:..... C.P.:.....

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 SI NO Se negó

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál?..... ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente:.....

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido:..... Género F M

Tipo y N° documento:..... Teléfono:.....

Domicilio:..... C.P.:.....

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 SI NO Se negó

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál?..... ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente:.....

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido:..... Género F M

Tipo y N° documento:..... Teléfono:.....

Domicilio:..... C.P.:.....

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 SI NO Se negó

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI NO ¿Cuál?..... ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI NO Comisaría Interviniente:.....

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

DNI:.....

Fecha:...../...../.....

E-mail:.....

Firma

Aclaración