

PÓLIZA N°	SINIESTRO N°
-----------	--------------

1- fecha del siniestro		estado del tiempo	
Fecha	/ /	Hora	<input type="checkbox"/> 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

2- lugar del siniestro			
Localidad	Provincia	País	
Calle		N°	
Intersección de / entre y			
Ruta N°	Km. N°	Provincial <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/>	Cruce con ruta n°
Cruce Tren <input type="checkbox"/>	barrera <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cruce señalado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Semáforo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Funciona? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Intermitente <input type="checkbox"/>	Color <input type="checkbox"/>
Tipo de calzada		Estado calzada	

3- datos del conductor del vehículo asegurado			
Nombre y Apellido:			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado civil:	Fecha de Nacimiento: / /		
Exámen 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:			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	

5- datos del vehículo del asegurado				
Marca	Modelo	Tipo	Dominio	Año
Carrocería tipo	N°chasis	N°motor		
Tipo de uso <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Serv. de Urgencia <input type="checkbox"/> Fzas. de Seguridad				
Cobertura afectada ROBO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> DAÑO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>				
Detalle los daños del vehículo				

6- detalle del otro vehículo (1)			
Nombre y Apellido:			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo y N° Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado civil:	Fecha de Nacimiento: / /		
Marca	Modelo	Tipo	Dominio
Tipo de uso <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Serv. de Urgencia <input type="checkbox"/> Fzas. de Seguridad			
Cobertura afectada ROBO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> DAÑO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>			
Detalle los daños del vehículo			
EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA 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)			
Apellido y Nombre			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Documento N°:			

Domicilio: Localidad		Calle/Ruta	Ext.	Teléfono
Estado civil		Fecha de Nacimiento	País de origen	
Exámen 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 / /	

### 7- detalle del otro vehículo (2)

Nombre y Apellido:				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tipo y N° Documento:			Teléfono:		
Domicilio:			C.P.:		
Localidad:		Provincia:	País:		
Estado civil:		Fecha de Nacimiento: / /			
Marca	Modelo	Tipo	Dominio		Año
Tipo de uso <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Serv. de Urgencia <input type="checkbox"/> Fzas. de Seguridad					
Cobertura afectada		ROBO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	INCENDIO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	DAÑO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	
Detalle los daños del vehículo					
EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA 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)					
Apellido y Nombre				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Documento N°:					
Domicilio: Localidad		Calle/Ruta	Ext.	Teléfono	
Estado civil		Fecha de Nacimiento	País de origen		
Exámen 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 / /		

### 8- daños materiales a cosas

Nombre y Apellido:				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tipo y N° Documento:			Teléfono:		
Domicilio:			C.P.:		
Localidad:		Provincia:	País:		
Estado civil:		Fecha de Nacimiento: / /			
Detalle los daños					

### 9- características del siniestro

Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 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 con 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"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> En túnel	<input type="checkbox"/> Sobre puente	Otro:		
Colisión con:	<input type="checkbox"/> Peatón	<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Transporte público	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Animal	Otro	

### Croquis / detalles del siniestro


### 10- datos del denunciante

Es el conductor o asegurado? <input type="checkbox"/> SI (continuar en el punto 11) <input type="checkbox"/> NO (completar la información que sigue)					
Nombre y Apellido:				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tipo y N° Documento:			Teléfono:		
Domicilio:			C.P.:		
Localidad:		Provincia:	País:		
Estado civil:		Fecha de Nacimiento: / /			

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

LUGAR - FECHA - HORA	Firma y Aclaración