

Denuncia de Siniestro (automotores) Anexo I



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		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 <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			
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
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	INCENDIO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total
DAÑO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total			
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
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	
Exámenes 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 <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 NO SE NEGÓ

El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) NO (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	
Exámenes 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 <input type="checkbox"/> Otro:			
Colisión con: <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otro			

CROQUIS / DETALLES DEL SINIESTRO

	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

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

<input type="text"/> LUGAR - FECHA - HORA	<input type="text"/> Firma y Aclaración
--	--