



Automotores

Denuncia de siniestro

Anexo I

Aseguradora La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A.		Póliza N°	Siniestro N°
1- Fecha del siniestro			
Fecha	Hora	Estado del tiempo: 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 <input type="checkbox"/>	
2- Lugar del siniestro			
Localidad		Provincia	CPA
País		Calle	N°
Intersección de / Entre _____ y _____			
Ruta N°	km.	Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <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"/>	Cruce señalizado? 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
Tipo de calzada		Color	
3- Datos del conductor del vehículo asegurado			
Nombre y Apellido			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad		Provincia	País
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Examen 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 o Razón Social			
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad		Provincia	País
5- Datos del vehículo asegurado			
Marca	Modelo	Tipo	
Dominio			Año
N°. Motor		N°. Chasis	
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>			
Cobertura afectada Robo: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Incendio: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Daño: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>			
Detalle de los daños del vehículo			
6- Datos del otro vehículo(1)			
Propietario			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio			CPA
Localidad		Provincia	País
Marca	Modelo	Tipo	
Dominio	Año	N°. Motor	N°. Chasis
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>			
Asegurado en			Póliza Nro:
Detalle de los daños del vehículo			
Examen de alcoholemia del conductor 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)			

Conductor		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		CPA	
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°.	Vencimiento:

7- Datos del otro vehículo(2)

Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		CPA	
Localidad	Provincia	País	
Marca	Modelo	Tipo	
Dominio	Año	N° Motor	N° Chasis
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>			
Asegurado en		Póliza Nro:	
Detalle de los daños del vehículo			
Examen de alcoholemia del conductor 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)			

Conductor		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		CPA	
Localidad	Provincia	País	
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°.	Vencimiento:

8- Daños materiales a cosas

Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		CPA	
Localidad	Provincia	País	
Asegurado en		Póliza Nro:	
Detalle de los daños			

9- Característica del siniestro

Tipo de Accidente 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 c/ 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"/> En pendiente <input type="checkbox"/> En túnel <input type="checkbox"/> Sobre Puente <input type="checkbox"/> Otro:						
Colisión con: Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Transp. públ <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otro:						

CROQUIS N O S	Detalles del siniestro _____ _____ _____ _____ _____ _____	
---	---	--

10- Datos del denunciante

Es el conductor o asegurado? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 11) No <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)			
Nombre y Apellido		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		CPA	
Localidad	Provincia	País	

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

Lugar	
Fecha	Hora

EN SINIESTROS CON LESIONES COMPLETAR ANEXO II

Firma

Aclaración