

| | |
|-----------|--------------|
| 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 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 <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 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 | | |
| 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 |

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

| Lesiones a terceros (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: / / | |
| Relación con el asegurado: | <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón | |
| Tipo de lesiones: | <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal | |
| Examen de alcoholemia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó | |
| Centro Asistencial: | | |

| Lesiones a terceros (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: / / | |
| Relación con el asegurado: | <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón | |
| Tipo de lesiones: | <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal | |
| Examen de alcoholemia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó | |
| Centro Asistencial: | | |

| Lesiones a terceros (3) | | |
|----------------------------|--|--|
| 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: / / | |
| Relación con el asegurado: | <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón | |
| Tipo de lesiones: | <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal | |
| Examen de alcoholemia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó | |
| Centro Asistencial: | | |

| Lesiones a terceros (4) | | |
|----------------------------|--|--|
| 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: / / | |
| Relación con el asegurado: | <input type="checkbox"/> Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón | |
| Tipo de lesiones: | <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal | |
| Examen de alcoholemia: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Negó | |
| Centro Asistencial: | | |