

# FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO - ASEGURADO

## SECCION AUTOMOTORES

**IMPORTANTE:** Le agradecemos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:  
**1. Escriba con letra de imprenta. 2. No deje de completar todos los datos de este formulario. 3. Recuerde firmarlo y fecharlo.**  
 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.

POLIZA NUMERO	ITEM NUMERO	SINIESTRO FECHA	SINIESTRO HORA	<b>SINIESTRO NUMERO</b>	
ESTADO DEL TIEMPO	<input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOCTURNO	<input type="checkbox"/> SECO <input type="checkbox"/> LLUVIA	<input type="checkbox"/> NIEBLA <input type="checkbox"/> DESPEJADO	<input type="checkbox"/> NIEVE <input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> OTROS	<b>USO EXCLUSIVO CIA</b>

### 2. LUGAR DEL SINIESTRO

LOCALIDAD	PROVINCIA	PAIS
CALLE O NUMERO DE RUTA (NACIONAL O PROVINCIAL)	INTERSECCION DE / ENTRE	
<b>CRUCE CON:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RUTA NUMERO	SEÑALIZADO	CRUCE SEÑALIZADO
TREN BARRERA	ESTADO	CRUCE SEÑALIZADO
SEMAFORO	FUNCIONA BIEN	EN QUE COLOR
TIPO DE CALZADA	ESTADO DE LA CALZADA	

### 3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES	GENERO
DOMICILIO	CODIGO POSTAL TELEFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA FECHA NACIMIENTO
OCUPACION	DOCUMENTO TIPO Y NUMERO ESTADO CIVIL
REGISTRO DE CONDUCIR	CATEGORIA EXPEDIDO POR VENCIMIENTO
EXAMEN DE ALCOHOLEMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ ES EL CONDUCTOR HABITUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ES EL PROPIO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RELACION CON EL ASEGURADO CONTINUAR EN EL PUNTO 5.

### 4. DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES	DOCUMENTO TIPO Y NUMERO
DOMICILIO	CODIGO POSTAL TELEFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA PAIS OCUPACION

### 5. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO	AÑO	
NUMERO DE MOTOR	NUMERO DE CHASSIS				
<b>USO</b>	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TAXI / REMIS <input type="checkbox"/> TPP	<input type="checkbox"/> SERV/URGENCIA <input type="checkbox"/> SERV/SEGURIDAD			
COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> ROBO <input type="checkbox"/> INCENDIO	<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> DAÑO <input type="checkbox"/> TOTAL	DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHICULO:

**6.DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)**

PROPIETARIO - APELLIDO Y NOMBRES							GENERO					
							COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>					
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO						
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO						
MARCA		MODELO		TIPO		DOMINIO	AÑO					
NUMERO DE MOTOR				NUMERO DE CHASSIS								
<b>USO</b>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TAXI / REMIS	<input type="checkbox"/>	TPP	<input type="checkbox"/>	SERV/URGENCIA	<input type="checkbox"/>	SERV/SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
DETALLE DE LOS DAÑOS DEL VEHICULO												

CONDUCTOR - APELLIDO Y NOMBRES							GENERO			
							COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO				
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO				
REGISTRO DE CONDUCIR		CATEGORIA		EXPEDIDO POR		VENCIMIENTO				
EXAMEN DE ALCOHOLEMIA			SI	NO	SE NEGÓ	ES EL CONDUCTOR HABITUAL			SI	NO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7.DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2)**

PROPIETARIO - APELLIDO Y NOMBRES							GENERO					
							COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>					
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO						
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO						
MARCA		MODELO		TIPO		DOMINIO	AÑO					
NUMERO DE MOTOR				NUMERO DE CHASSIS								
<b>USO</b>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TAXI / REMIS	<input type="checkbox"/>	TPP	<input type="checkbox"/>	SERV/URGENCIA	<input type="checkbox"/>	SERV/SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
DETALLE DE LOS DAÑOS DEL VEHICULO												

CONDUCTOR - APELLIDO Y NOMBRES							GENERO			
							COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO				CODIGO POSTAL		TELEFONO				
LOCALIDAD			PROVINCIA			TIPO Y NUMERO DOCUMENTO				
REGISTRO DE CONDUCIR		CATEGORIA		EXPEDIDO POR		VENCIMIENTO				
EXAMEN DE ALCOHOLEMIA			SI	NO	SE NEGÓ	ES EL CONDUCTOR HABITUAL			SI	NO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. DAÑOS MATERIALES A COSAS (1)**

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO
		COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO
DETALLE DE LOS DAÑOS A COSAS		

**9. DAÑOS MATERIALES A COSAS (2)**

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO
		COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO
DETALLE DE LOS DAÑOS A COSAS		

**10. LESIONES A TERCEROS (1)**

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO
		COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO
ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIWENTO	RELACION CON EL ASEGURADO
CONDUCTOR OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>	PASAJERO OTRO VEHICULO <input type="checkbox"/>
		PEATON <input type="checkbox"/>
		PASAJERO VEHICULO ASEGURADO <input type="checkbox"/>
TIPO DE LESIONES:	LEVES <input type="checkbox"/>	GRAVES <input type="checkbox"/>
	MORTAL <input type="checkbox"/>	E/ALCOHOLEMIA: SI <input type="checkbox"/>
		NO <input type="checkbox"/>
		SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL		

**11. LESIONES A TERCEROS (2)**

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO
		COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO
ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIWENTO	RELACION CON EL ASEGURADO
CONDUCTOR OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>	PASAJERO OTRO VEHICULO <input type="checkbox"/>
		PEATON <input type="checkbox"/>
		PASAJERO VEHICULO ASEGURADO <input type="checkbox"/>
TIPO DE LESIONES:	LEVES <input type="checkbox"/>	GRAVES <input type="checkbox"/>
	MORTAL <input type="checkbox"/>	E/ALCOHOLEMIA: SI <input type="checkbox"/>
		NO <input type="checkbox"/>
		SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL		

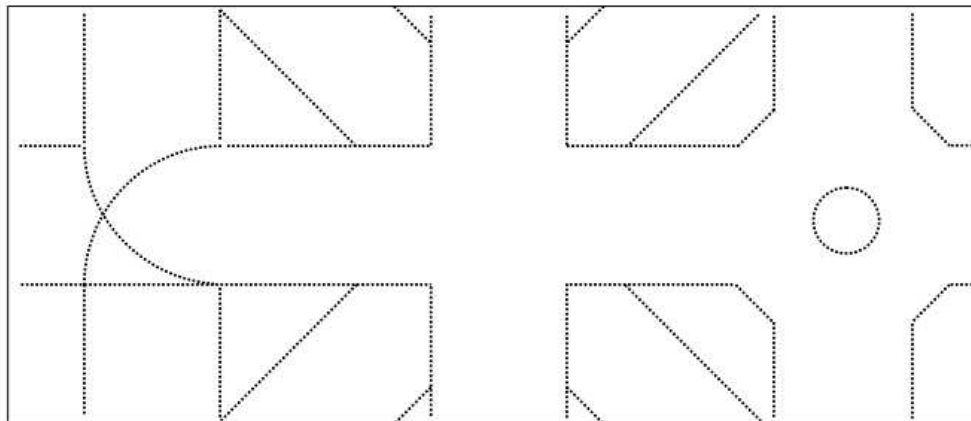
**12. LESIONES A TERCEROS (3)**




APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	
ESTADO CIVIL	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON EL ASEGURADO	
CONDUCTOR OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>	PASAJERO OTRO VEHICULO	<input type="checkbox"/>
		PEATON	<input type="checkbox"/>
		PASAJERO VEHICULO ASEGURADO	<input type="checkbox"/>
TIPO DE LESIONES:	LEVES <input type="checkbox"/>	GRAVES <input type="checkbox"/>	MORTAL <input type="checkbox"/>
		E/ALCOHOLEMIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>
CENTRO ASISTENCIAL			

**13. TIPO DE ACCIDENTE**

FRONTAL	<input type="checkbox"/>	POSTERIOR	<input type="checkbox"/>	EN CADENA	<input type="checkbox"/>	LATERAL	<input type="checkbox"/>
VUELCO	<input type="checkbox"/>	DESPLAZA	<input type="checkbox"/>	INCENDIO	<input type="checkbox"/>	INMERSION	<input type="checkbox"/>
EXPLOSION	<input type="checkbox"/>	DAÑOS A 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 TUNEL	<input type="checkbox"/>	SOBRE PUENTE	<input type="checkbox"/>		
COLISION CON:	<input type="checkbox"/>	PEATON	<input type="checkbox"/>	VEHICULO	<input type="checkbox"/>	EDIFICIO	<input type="checkbox"/>
				COLUMNA	<input type="checkbox"/>	ANIMAL	<input type="checkbox"/>
				TPP	<input type="checkbox"/>		

**14. DETALLE DEL SINIESTRO**



- Vehículo asegurado
- Otros Vehículos
-  Sentido de Circulación
-  Trayectoria hasta impacto
-  Semáforos

COMISARIA	ACTA N°	FOLIO	SUMARIO	JUZGADO	SECRETARIA

**15. DATOS DEL DENUNCIANTE**

APELLIDO Y NOMBRES		GENERO	
		COLOCAR <b>F / M</b> <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TIPO Y NUMERO DOCUMENTO	

**16. LOS DATOS Y DEMAS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA**

LUGAR	FECHA	HORA	FIRMA Y ACLARACION