

# Automóviles Particulares

**Estamos para ayudarlo y resolver rápidamente su problema.**

Le agradeceremos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

1. Escriba en letra de imprenta.
2. No deje de completar todos los datos de este formulario.
3. Recuerde firmarlo y fecharlo.
4. Siga los pasos que le indicamos.

**En caso de un siniestro:**

- a. Lea las páginas de su Póliza.
- b. Si alguna persona sufrió lesiones en el accidente, por favor comuníquese lo antes posible con la Compañía, al 4339-000.
- c. Al comunicarse telefónicamente, use este formulario como guía.

Por favor, asegúrese de dejarnos un teléfono al que podamos llamarlo, de 9 a 18 hs., en el caso que un representante de la Compañía necesite contactarlo.

**Si lo considera necesario, agregue una hoja a este formulario, para ampliar información.**

**Importante:**

**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.**

Fecha de Ocurrencia: ...../...../..... Hora: ..... Indique su N° de Póliza: .....Siniestro N°.....

Denuncia Policial: SI  NO  Comisaría N°: ..... Localidad: ..... Acta/Sumario N°: .....

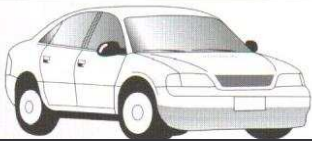
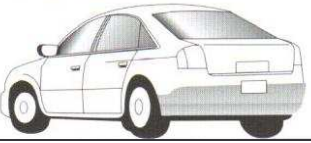

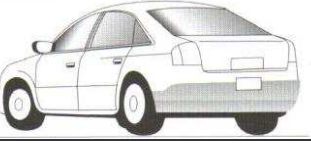
Estado del Tiempo: Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve

Cobertura Afectada: Robo parcial  total  Incendio parcial  total  Daño parcial  total

**LUGAR DEL SINIESTRO**

Calle:..... N°:..... Localidad:..... Provincia:.....  
País:..... Intersección de / Entre:..... y .....  
Ruta N°..... km..... Nacional  Provincial  Cruce con ruta N°..... cruce señalizado? SI  NO   
Cruce tren  barrera SI  NO  cruce señalizado? SI  NO  estado de la barrera.....  
Semáforo SI  NO  funciona? SI  NO  intermitente  Color.....  
Tipo de Calzada:..... Estado Calzada: .....

Datos De:	Nuestro Asegurado	Tercero
<b>Asegurados</b>	Sr/a: .....Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Sr/a: ..... Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Ocupación Actual: ..... DNI : .....	Ocupación Actual: .....DNI:.....
	Tel:.....Domicilio: .....	Tel:.....Domicilio: .....
	Localidad: ..... CP:.....	Localidad: ..... CP:.....
	Prov.: .....País:.....	Prov.: .....País:.....
<b>Conductores al momento del accidente</b>	Conductor Principal o Habitual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad:.....	Conductor Principal o Habitual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad:.....
	Sr/a. .... Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Sr/a. .... Genero: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	DNI N°: ..... Tel: .....	DNI N°: ..... Tel: .....
	Domicilio: ..... CP:.....	Domicilio: ..... CP:.....
	Localidad: ..... Prov.: .....	Localidad: ..... Prov.: .....
	País:..... Ocupación Actual:.....	País:..... Ocupación Actual:.....
	Estado Civil:.....Fecha de Nac.:.../.../.....	Estado Civil:.....Fecha de Nac.:.../.../.....
	Lic. de Conducir N° ..... Categ.: .....	Lic. de Conducir N° ..... Categ.: .....
	Expedida por: ..... Vto.: .../.../.....	Expedida por: ..... Vto.: .../.../.....
	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>
Relación c/Asegurado: .....	Relación c/Asegurado: .....	
<b>Vehículos</b>	Titular según Cédula Verde, Sr/a: .....	Titular según Cédula Verde, Sr/a: .....
	Marca: ..... Modelo: .....	Marca: ..... Modelo: .....
	Tipo:.....Color.....Año:.....	Tipo:.....Color.....Año:.....
	Uso o Destino: particular <input type="checkbox"/> comercial o carga <input type="checkbox"/> taxi o remis <input type="checkbox"/>	Uso o Destino: particular <input type="checkbox"/> comercial o carga <input type="checkbox"/> taxi o remis <input type="checkbox"/>
	Transp. Público <input type="checkbox"/> Serv. de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>	Transp. Público <input type="checkbox"/> Serv. de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad <input type="checkbox"/>
	Patente N°:..... Diesel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Patente N°:.....Diesel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Motor N° ..... GNC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Motor N°: ..... GNC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Chasis N°:..... Alarma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Chasis N°:..... Alarma: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Daños a los vehículos	Marcar(x)	 	 
	Detallar	..... ..... .....	

¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI  NO

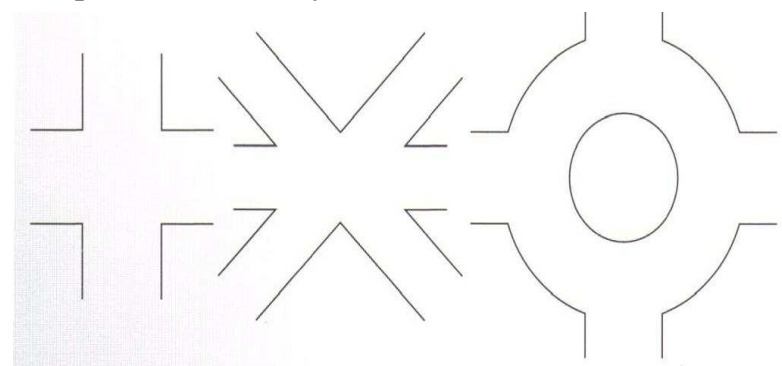
Datos Adicionales	Taller/Lugar de Inspección: .....	Asegurado en: ..... Póliza N°: .....
	Domicilio: ..... Tel.: .....	Fecha de Vigencia: Dde. ..../..../..... Hasta: ..../..../.....
	Localidad: ..... Fecha de Insp.: ..../..../.....	Cobertura: TR/CF <input type="checkbox"/> TR/SF <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Testigos:	Nombre y Apellido	Domicilio	DNI	Teléfono
	1 .....	.....	.....	.....
	2 .....	.....	.....	.....

**CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO**

Tipo de Accidente: Choques: Frontal  Posterior  Lateral  En cadena  Vuelco  Desplazamiento   
 Robo Total  Robo Parcial  Incendio  Daños  Explosión  Inmersión   
 En Autopista  En Calle  En Avda.  En Curva  En Pendiente  En Túnel  Sobre Puente  Otros:.....  
 Colisión con: Peatón  Vehículo  Transp. Público  Edificio  Columna  Animal  Otros:.....

**Croquis, Orientación y Detalle del Hecho.**



.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**En caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados. (Ver Detalle del otro vehículo en la siguiente hoja.)**

.....  
 .....  
 .....

**En caso de robo: ¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI  NO**   
**¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI  NO  Si contestó afirmativamente, por favor, describa la gestión:**

.....

**Declaración del Asegurado.**  
 Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

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

DNI:.....  
 Fecha:...../...../.....  
 E-mail:.....

Firma

Aclaración

**Automóviles Particulares****DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)**

Propietario: ..... Género: F  M   
 Tipo y N° documento: ..... Teléfono: .....  
 Domicilio: ..... C.P.: .....  
 Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....  
 Marca: ..... Modelo: ..... Tipo: .....  
 Dominio: ..... Año: ..... N° Motor: ..... N° Chasis: .....  
 comercial  
 o carga  
 Uso del vehículo particular  carga  taxi o  transporte  servicios de  fuerzas de   
 o remis  público  urgencia  seguridad

Detalle los daños del vehículo: .....  
 .....

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
 El conductor ¿es el propietario? SI  NO

Conductor : ..... Género: F  M   
 Tipo y N° documento: ..... Teléfono: .....  
 Domicilio: ..... C.P.: .....  
 Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....  
 Estado Civil: ..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....  
 ¿Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro N° ..... Vencimiento: ..... / ..... / .....

**DAÑOS MATERIALES A COSAS**

Propietario: ..... Teléfono: ..... Género F  M   
 Tipo y N° documento: ..... Domicilio: .....  
 Localidad: ..... Provincia: ..... País: ..... C.P.: .....  
 Detalle los daños: .....

**DATOS DEL DENUNCIANTE**

¿Es el conductor o asegurado? SI  NO   
 Nombre y Apellido: ..... Género: F  M   
 Tipo y N° documento: ..... Teléfono: .....  
 Domicilio: ..... C.P.: .....  
 Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....

**Declaración del Asegurado.**

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

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

DNI: .....  
 Fecha: ..... / ..... / .....

E-mail: ..... Firma Aclaración

**LESIONES A PERSONAS**

Póliza N°:..... Siniestro N°:.....

**LESIONES A TERCEROS (1)**

Nombre y Apellido:..... Género F  M

Tipo y N° documento:..... Teléfono:.....

Domicilio:..... C.P.:.....

Localidad..... Provincia:..... País:.....

Estado Civil:..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado

   Pasajero otro vehículo  Peatón

Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI  NO  ¿Cuál? ..... ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI  NO  Comisaría Interviniente:.....

**LESIONES A TERCEROS (2)**

Nombre y Apellido:..... Género F  M

Tipo y N° documento:..... Teléfono:.....

Domicilio:..... C.P.:.....

Localidad..... Provincia:..... País:.....

Estado Civil:..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado

   Pasajero otro vehículo  Peatón

Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI  NO  ¿Cuál? ..... ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI  NO  Comisaría Interviniente:.....

**LESIONES A TERCEROS (3)**

Nombre y Apellido:..... Género F  M

Tipo y N° documento:..... Teléfono:.....

Domicilio:..... C.P.:.....

Localidad..... Provincia:..... País:.....

Estado Civil:..... Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....

Relación con el asegurado    Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado

   Pasajero otro vehículo  Peatón

Tipo de lesiones    Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia    SI  NO  Se negó

¿Fueron trasladados a algún hospital? SI  NO  ¿Cuál? ..... ¿Por qué medios?.....

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI  NO  Comisaría Interviniente:.....

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

DNI:.....

Fecha:...../...../.....

E-mail:.....

Firma

Aclaración