

# Formulario de Denuncia de Siniestro

## Sección Automóviles

Le agradecemos 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 su productor

**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 debe presentar dicho formulario dentro de las 72 horas.

Compañía: ..... Póliza: .....

**Datos del Asegurado**

Nombre y Apellido: .....DNI .....

Domicilio: .....Tel. ....

Localidad: ..... Provincia: .....CP: .....

Edad: ..... Estado civil: .....Sexo: .....

Profesión: .....

Registro N° .....Vto: .....Exp. por: .....

**Datos del Conductor**

Nombre y Apellido: .....DNI .....

Domicilio: .....Tel. ....

Edad: ..... Estado civil: .....

Registro N° .....Vto: .....Exp. por: .....

Profesión: .....

Relación con el asegurado: .....

**Datos del Vehículo Asegurado:**

Tipo: ..... Marca: .....Diesel: SI  NO

Modelo: ..... Año: .....GNC: SI  NO

Motor: ..... Chasis: .....Alarma: SI  NO

Patente: ..... Color del auto: .....Uso o destino: .....

Vehículo prendado: SI  NO  Acredor prendario: .....Tel. ....

**Lugar de Ocurrencia**

(Marcar con una X lo que corresponda)

Dirección: .....Localidad: .....CP: .....

Fecha: .....Hora: .....

Choque en cadena:  Calle:  Bocacalle:  Avenida:  Autopista:  Ruta:

Existe señalización: SI  NO  Tipo: ..... Estado de la calzada: .....

**Forma Ocurrencia**

(Explique en forma detallada como ocurrió)

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

**En el caso de Choque en Cadena,**

detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados.

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

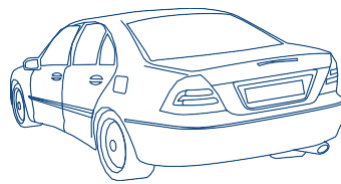
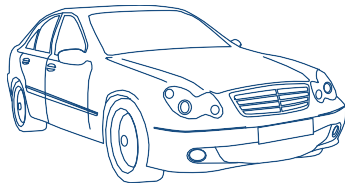
**En caso de Robo:**

¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI  NO   
¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI  NO   
¿Cuál? .....

**Intervención Policial:**

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI  NO   
Comisaría: ..... Acta N°: .....  
Juzgado ..... Secretaría: .....

**Daños al Vehículo asegurado, Marcar (X):**



Detallar:

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

**Lesión a Terceros (Personas)**

SI  NO

Nombre y Apellido ..... Edad ..... DNI .....  
Domicilio ..... Tel. ....  
Ocupante del 3ro.  Vehículo del Aseg.  Peatón y/u otros  Tipo de Lesión: Leve  Grave  Muerte   
Relación con el Asegurado .....

Nombre y Apellido ..... Edad ..... DNI .....  
Domicilio ..... Tel. ....  
Ocupante del 3ro.  Vehículo del Aseg.  Peatón y/u otros  Tipo de Lesión: Leve  Grave  Muerte   
Relación con el Asegurado .....

Nombre y Apellido ..... Edad ..... DNI .....  
Domicilio ..... Tel. ....  
Ocupante del 3ro.  Vehículo del Aseg.  Peatón y/u otros  Tipo de Lesión: Leve  Grave  Muerte   
Relación con el Asegurado .....

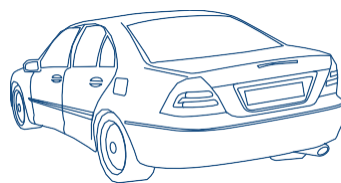
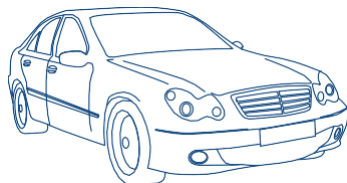
**Hospital**

¿Fueron trasladados a algún Hospital? SI  NO  ¿Cuál? .....  
¿A través de qué medio fueron trasladados? .....

**Datos del Tercero:**  
**(Vehículos)**  
Según Cédula Verde

Propietario: .....DNI: ..... Edad: .....  
 Domicilio: .....Localidad: .....Prov.: ..... CP: .....  
 Conductor: .....DNI: ..... Edad: .....  
 Domicilio: .....Localidad: .....Prov.: ..... CP: .....  
 Registro N° .....Exp. por: .....Categoría: ..... Vto: .....  
 Tipo/Vehículo: .....Marca: .....Modelo: ..... Año: .....  
 Chasis: .....Patente: .....Motor: ..... Color: .....  
 Ocupación actual: .....  
 Detalle de daños: .....  
 Relación con el Asegurado: .....  
 Asegurado en: .....Póliza N°: .....

**Daños al vehículo del tercero**  
Marcar (X):



Detallar: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

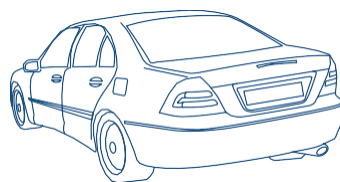
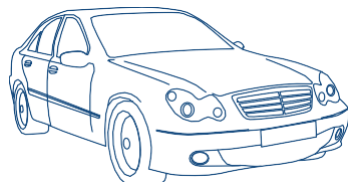
¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI  NO

Detallar: .....  
 .....  
 .....

**Datos del Tercero:**  
**(Vehículos)**  
Según Cédula Verde  
(Completar solo en caso de choque múltiple)

Propietario: .....DNI: ..... Edad: .....  
 Domicilio: .....Localidad: .....Prov.: ..... CP: .....  
 Conductor: .....DNI: ..... Edad: .....  
 Domicilio: .....Localidad: .....Prov.: ..... CP: .....  
 Registro N° .....Exp. por: .....Categoría: ..... Vto: .....  
 Tipo/Vehículo: .....Marca: .....Modelo: ..... Año: .....  
 Chasis: .....Patente: .....Motor: ..... Color: .....  
 Ocupación actual: .....  
 Detalle de daños: .....  
 Relación con el Asegurado: .....  
 Asegurado en: .....Póliza N°: .....

**Daños al vehículo del tercero**  
Marcar (X):



Detallar: .....  
 .....  
 .....  
 .....

¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI  NO

Detallar: .....  
 .....  
 .....

**Datos del Tercero  
(Propiedades)**

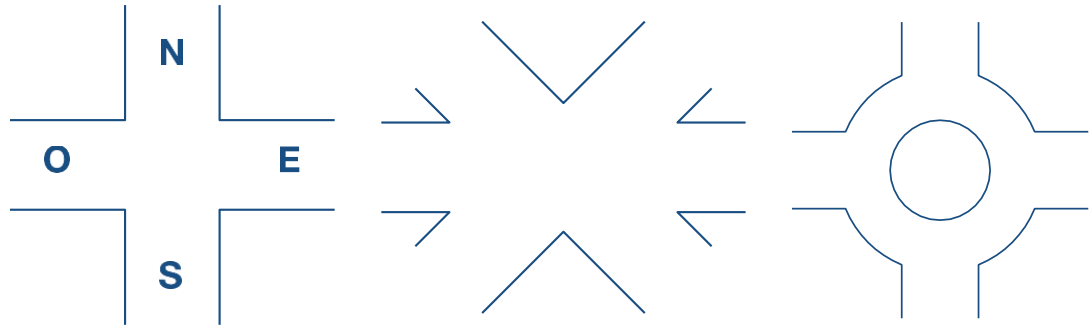
Propiedades  Postes  Alcantarillas  Puentes   
Propietario: .....  
Ubicación de la propiedad dañada: .....  
Detalles de los daños ocasionados: .....

**Datos de Testigos**

Apellido y Nombres: .....DNI: .....  
Domicilio: .....Localidad: .....Tel: .....  
  
Apellido y Nombres: .....DNI: .....  
Domicilio: .....Localidad: .....Tel: .....

**Datos obligatorios  
Croquis y  
Orientación del  
Hecho.**

Dibujar situación  
de los vehículos en  
el accidente.



Calle o Avenida de Circulación (Asegurado): .....  
Sentido del Tráfico: .....  
¿Mano única? SI  NO

Calle o Avenida de Circulación (Tercero): .....  
Sentido del Tráfico: .....  
¿Mano única? SI  NO   
¿Había semáforos? SI  NO   
¿Funcionan correctamente? SI  NO   
Color al momento del accidente: .....

**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.

.....  
Firma del Asegurado

.....  
Aclaración y DNI

.....  
Dirección de e-mail

.....  
Fecha



BROKER