|  |
| --- |
| **DATOS DEL SINIESTRO** |
| Compañía |  | N° de Póliza |  |
| Fecha del Siniestro |  / / | Hora |  |
| Lugar del Siniestro |  |
| Localidad |  | Provincia |  | País |  |
| Calle |  | N° |  |
| Intersección de |  | Y |  |
| Ruta N° |  | KM |  | Nacional / Provincial | Cruce con Ruta N° |  |
| Hubo intervención policial |   S / N | Hubo sumario |   S / N | Comisaria N° |  |

**(Marque con una cruz)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Choque |  | Vuelco |  | Incendio |  | Daños a cosas o Inmuebles |  | Robos Parciales |  |
| Con lesiones o muertes |   | Siniestro de reposición |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL HECHO** |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ASEGURADO** |
| Nombre y Apellido / Razón Social |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Mail |  |

|  |
| --- |
|  **VEHÍCULO ASEGURADO** |
| Marca |  | Modelo |  |
| Tipo |  | Dominio |  |
| Motor N° |  | Chasis N° |  |
| Uso del Vehículo | Particular / Comercial o Carga / Taxi o Remis / Transporte Público / Servicios de Urgencia / Fuerzas de Seguridad |

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DE DAÑOS DEL VEHÍCULO** |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CONDUCTOR (En caso de ser diferente al asegurado)** |
| Nombre y Apellido / Razón Social |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Mail |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Fecha de Nacimiento |  / /  | Conductor habitual del vehículo | SI / NO |
| Registro N° |  | Categoría |  | Vencimiento |  / / |

|  |
| --- |
| **TERCERO AFECTADO (1)**  |

Propietario:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido / Razón Social |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Mail |  |

Conductor:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido / Razón Social |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Mail |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Fecha de Nacimiento |  / /  | Conductor habitual del vehículo | SI / NO |
| Registro N° |  | Categoría |  | Vencimiento |  / / |

Vehículo del tercero:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Marca |  | Modelo |  |
| Tipo |  | Dominio |  |
| Motor N° |  | Chasis N° |  |
| Uso del Vehículo | Particular / Comercial o Carga / Taxi o Remis / Transporte Público / Servicios de Urgencia / Fuerzas de Seguridad |
| Compañía |  | N° de Póliza |  |

|  |
| --- |
| **DAÑOS DEL VEHÍCULO** |
|  |

|  |
| --- |
| **TERCERO AFECTADO (2)**  |

Propietario:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido / Razón Social |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Mail |  |

Conductor:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido / Razón Social |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Mail |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Fecha de Nacimiento |  / /  | Conductor habitual del vehículo | SI / NO |
| Registro N° |  | Categoría |  | Vencimiento |  / / |

Vehículo del tercero:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Marca |  | Modelo |  |
| Tipo |  | Dominio |  |
| Motor N° |  | Chasis N° |  |
| Uso del Vehículo | Particular / Comercial o Carga / Taxi o Remis / Transporte Público / Servicios de Urgencia / Fuerzas de Seguridad |
| Compañía |  | N° de Póliza |  |

|  |
| --- |
| **DAÑOS DEL VEHÍCULO** |
|  |

|  |
| --- |
| **LESIONES A TERCEROS (1)** |
| Nombre y Apellido |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Fecha de Nacimiento |  / / |
| Relación con el Asegurado |  |
| Tipo de Lesiones | Leves / Graves (con internación) / Mortales |
| Examen de Alcoholemia | Sí / No / Se negó | Centro Asistencial |  |

|  |
| --- |
| **LESIONES A TERCEROS (2)** |
| Nombre y Apellido |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Fecha de Nacimiento |  / / |
| Relación con el Asegurado |  |
| Tipo de Lesiones | Leves / Graves (con internación) / Mortales |
| Examen de Alcoholemia | Sí / No / Se negó | Centro Asistencial |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL DENUNCIANTE** |
| ¿Es el conductor asegurado | Sí / No (en este caso, completar con la información que sigue) |
| Nombre y Apellido |  |
| Tipo y N° de Documento |  | Estado Civil |  |
| Teléfono |  | Celular |  |
| Domicilio |  | C.P. |  | Localidad |  |
| Provincia |  | País |  | Fecha de Nacimiento |  / / |

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fechado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_