

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato (Art. N°5 de la Ley de Seguros N°17.418).

Aseguradora: Póliza N°: _____ Siniestro N°: _____

FECHA DEL SINIESTRO

Fecha ____/____/____ Hora _____ Diurno Nocturno

Estado del tiempo Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad _____ Provincia _____

País _____ Calle _____ N° _____

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 barrera _____

Semáforo SI NO Funciona? SI NO Intermitente _____ Color _____

Tipo de Calzada _____ Estado Calzada _____

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: _____ Género: F M

Tipo y N° de Documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Exámen de alcolemia: SI NO SE NEGÓ

Registro N°: _____ Vencimiento: ____/____/____

Es el propio asegurado? SI (Continuar con el punto 5) NO Relación con el asegurado: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social _____

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____
 N° de motor _____
 Uso del Vehículo _____ Particular Servicios de Urgencia N° de chasis _____ Comercial o carga
 Cobertura afectada Fuerzas de seguridad

Robo	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total	<input type="checkbox"/>
Incendio	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total	<input type="checkbox"/>
Daño	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total	<input type="checkbox"/>

Detalle los daños del vehículo _____

DETALLE DEL PROPIETARIO Y DEL OTRO VEHICULO

Propietario _____ Género F M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ CP _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Marca _____ Modelo _____ Tipo _____
 Dominio _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____
 Uso del vehículo Particular Comercial o carga Taxi o remis
 Transporte público Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
 El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) NO :ompletar la información que sigue)

DETALLE DEL CONDUCTOR

Conductor _____ Género F M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ CP _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento _____ / ____ / ____
 Conductor habitual del vehículo? SI NO
 Registro N° _____ Vencimiento _____ / ____ / ____

DETALLE DEL PROPIETARIO DEL TERCER VEHICULO

Propietario _____ Género F M
 Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ CP _____
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Marca _____ Modelo _____ Tipo _____
 Dominio _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____
 Uso del vehículo Particular Comercial o carga Taxi o remis
 Transporte público Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
 El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8)

DETALLE DEL CONDUCTOR DEL TERCER VEHICULO

Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Conductor habitual del vehículo? SI NO

Registro N° _____ Vencimiento ____/____/____

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Detalle los daños _____

CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

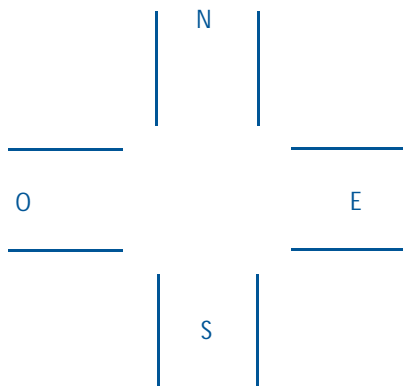
Tipo de accidente:

<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> En cadena	<input type="checkbox"/> Vuelco
<input type="checkbox"/> Inmersión	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Daño con carga	<input type="checkbox"/> Desplazamiento
<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	Otro: _____		

Colisión con:

<input type="checkbox"/> Peatón	<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Transp. Público	<input type="checkbox"/> Edificio
<input type="checkbox"/> Columna	<input type="checkbox"/> Animal	Otro: _____	

Croquis



Detalles del siniestro: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombre y Apellido _____ Género F M
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ CP _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Es el asegurado vehiculo? SI NO
Es el conductor? SI NO
Es familiar? SI NO

LOS DATOS Y DEMÁS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CÁRACTER DE DECLARACIÓN JURADA

Lugar _____ Firma _____
Fecha ____/____/____
Hora _____
Aclaración _____

Aseguradora: Póliza N°: Siniestro N°:

LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido: Género: F M
Tipo y N° de Documento: Teléfono:
Domicilio: CP:
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
Exámenes de alcoholemia: SI NO SE NEGÓ
Centro asistencial:

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido: Género: F M
Tipo y N° de Documento: Teléfono:
Domicilio: CP:
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
Exámenes de alcoholemia: SI NO SE NEGÓ
Centro asistencial:

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido: Género: F M
Tipo y N° de Documento: Teléfono:
Domicilio: CP:
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
Exámenes de alcoholemia: SI NO SE NEGÓ
Centro asistencial:

LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido: _____ Género: F M

Tipo y N° de Documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ CP: _____

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

Exámen de alcoholemia: SI NO SE NEGÓ

Centro asistencial: _____