

Denuncia de Siniestro

IMPORTANTE: Conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros N° 17.418, el Asegurado deberá comunicarel acacimiento del Siniestro dentro de las 72 hrs. de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, conforme los establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley nro. 25.326"

"La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Organo de Control de la Ley nro. 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales"

ASEGURADO: Póliza N°:

1. FECHA DEL SINIESTRO

Fecha: Hora: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Calle/s: N°:

Localidad: Provincia:

Tipo de Calzada: Asfalto Empedrado Tierra Ripio Estado Calzada: Seco Mojado

Tipo de Lugar: Calle Autopista Avenida Bocacalle Curva Pendiente Túnel Sobre Puente Otros

Ruta N°: Km: Nacional Provincial Cruce con ruta N° Cruce señalizado: Si No

Cruce de Tren Barrera: Si No Cruce señalizado: Si No Estado de barrera: Alta Baja Otro

Semáforo: Si No ¿Funciona? Si No Intermitente Color: Rojo Amarillo Verde

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:

Cel: E-mail:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Registro N°: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Categoría: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

4. TESTIGOS

Nombre y Apellido	Domicilio	Doc. N°	TE.	Ocupante del rodado, Transeúnte, etc.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. DATOS DEL ASEGURADO (no completar si es el conductor)

Nombre y Apellido o Razón Social: Actividad:

Fecha de Nac.: Edad: Tipo y N° documento:

Estado Civil: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

6. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: Modelo: Tipo: Dominio:

Año: N° Motor: N° Chasis:

Uso del vehículo: Particular Comercial Llevaba acompañante/s? SI NO Cuántos?

Detalle los daños del vehículo:

7. CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

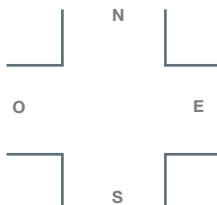
Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral Incendio Explosión Desplazamiento Inmersión

Colisión con: Peatón Vehículo Transp. Público Edificio Columna Animal Otro:

Carácter de participación en el siniestro: Embestido Embistente Incendio Robo a mano armada Robo estacionado en vía publica

Robo en garaje/Playa estacionamiento

CROQUIS



Indicar las calles y el sentido con flechas.
Dibujar la posición de los vehículos.

FORMA DE OCURRENCIA:

Utilizó Remolque o Auxilio? NO

8. LESIONES DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento:
Teléfono: Domicilio: CP:
Localidad: Provincia: País:

Detalle de las lesiones:

9. DATOS POLICIALES

Comisaria:
Acta Folio N°: Causa Penal: Si No N°: Juzgado N°:
Secretaria N°: Depto. Judicial:

10. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

Marca: Modelo:
Dominio: Año: N° Motor:
Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Servicio de urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle los daños del vehículo:

PROPIETARIO / CONDUCTOR

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:
Domicilio: CP: Localidad:
Provincia: País:
Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:
Registro N°: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO

11. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2) *Completar solamente en caso de haber más de 1 vehículo involucrado*

Marca: Modelo: Tipo:
Dominio: Año: N° Motor: N° Chasis:
Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Servicio de urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle los daños del vehículo:

PROPIETARIO

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento: Teléfono:
Domicilio: CP: Localidad:
Provincia: País: Estado Civil:
Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:
Registro N°: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO

12. DAÑOS MATERIALES A COSAS (Edificio, Árbol, Volquete, Animal, Otros)

PROPIETARIO Nombre y Apellido:
Tipo y N° documento: Teléfono:
Domicilio: CP:
Localidad: Provincia: País:

Detalle de los daños:

DECLARACION DEL DENUNCIANTE

En caso de poseer cobertura de Robo me comprometo una vez reparado los daños que afectaron a la motocicleta a notificar y poner dicho motovehículo a su disposición para su verificación. Caso contrario tomo conocimiento para el supuesto que la motocicleta fuera robada, que se me descontará del monto indemnizatorio el valor actualizado de las reparaciones.

Declaro bajo juramento 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:

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del asegurado o denunciante

Aclaración y DNI