

RIESGOS GENERALES

Denuncia de Siniestro | Responsabilidad Civil Múltiple

1. DATOS DE LA PÓLIZA

Número de la Póliza:	Certificado Nro.:	
Cobertura Afectada:	Matrícula:	Productor Nro.:
Ubicación del Riesgo:		

2. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido(s) y Nombre(s):	Tipo de documento:	Nro. de documento:		
Razón Social:	Nro. de CUIT/CUIL:			
Domicilio:	Nro.:	Piso:	Localidad:	Provincia:
Actividad o Profesión:	Email:	Nacionalidad:		

3. DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido(s) y Nombre(s):	Tipo de documento:	Nro. de documento:		
Razón Social:	Nro. de CUIT/CUIL:			
Domicilio:	Nro.:	Piso:	Localidad:	Provincia:
Actividad o Profesión:	Email:	Nacionalidad:		
Vínculo o Relación con el Asegurado:				

4. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia:	Hora de Ocurrencia:		
Domicilio:	Localidad:	Provincia:	Pais:
¿Intervención Policial? SI NO	¿Causa Penal? SI NO		
Juzgado/ Jurisdicción:			

5. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Detalle del siniestro y forma de ocurrencia:	
Indique el causante directo del accidente::	

6. DAÑOS A COSAS MATERIALES

Propietario de los bienes dañados:			Tipo de documento:		Nro. de documento:	
Razón Social:			Nro. de CUIT/CUIL:			
Domicilio:		Nro.:	Piso:	Localidad:		Provincia:
Teléfono:			Email:			
Descripción de los bienes dañados:						
Detalle de los daños:						
Otros daños:						
¿Qué relación existe entre el Asegurado y el damnificado?:						
Testigos		Nombre y Apellido del testigo:			Teléfono:	
		Nombre y Apellido del testigo:			Teléfono:	
		Nombre y Apellido del testigo:			Teléfono:	

7. LESIONES A TERCEROS

Apellido(s) y Nombre(s) del lesionado:							
Estado Civil:		Fecha de nacimiento:		Tipo de documento:		Nro. de documento:	
Domicilio:		Nro.:	Piso:	Localidad:		Provincia:	
Teléfono:			Email:				
¿Qué relación existe entre el Asegurado y el causante del daño?:							
¿Qué relación existe entre el Asegurado damnificado?:							
Indicar tipo de lesiones: LEVES GRAVES							
¿Recibió atención médica?		SI	NO	SAME	Obra Social	Prepaga	Info. empresa:
Apellido(s) y Nombre(s) del médico: (Adjuntar certificado con el diagnóstico presuntivo)				Diagnóstico presuntivo:			
¿Intervino ART?		SI	NO	Empresa:			
Apellido(s) y Nombre(s) del médico: (Adjuntar certificado con el diagnóstico presuntivo)				Diagnóstico presuntivo:			
¿Fue hospitalizado?		SI	NO	¿Dónde?:			
Descripción de las lesiones:							

Declaro que las contestaciones que anteceden son verídicas y que no he omitido en ellas ningún detalle de importancia. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada. La compañía se reserva el derecho de solicitar documentación complementaria.

Confeccionada (Lugar y fecha)

Firma

Aclaración