



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	<input type="checkbox"/>	Vuelco	<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>	Daños a cosas o Inmuebles	<input type="checkbox"/>	Robos Parciales	<input type="checkbox"/>
Con lesiones o muertes	<input type="checkbox"/>	Siniestro de reposición	<input type="checkbox"/>						

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 / /

Marca	Modelo
Tipo	Dominio



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:

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____