

DENUNCIA DE SINIESTRO

Esta denuncia debe ser respondida en forma completa y detallada.



"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 lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley nro. 25.326"

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

IMPORTANTE:

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

ASEGURADO:

Póliza N°: **Compañía:** **Siniestro:**

Denuncia Policial: Comisaría **de** **N° de Acta y/o Juzgado interviniente:**

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 ☐

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

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 ☐ Resultado:

4. 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:

5. 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:

DENUNCIA DE SINIESTRO



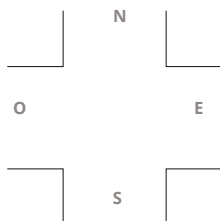
6. CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente: Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En cadena ☐ Vuelco ☐

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

CROQUIS

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



DETALLES DEL SINIESTRO: el vehículo asegurado se encontraba

Utilizó Remolque o Auxilio? NO ☐ SI ☐Cuál?

7. LESIONES DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y Apellido: Tipo y N° documento:

Teléfono: Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Parentesco del asegurado con el acompañante:

Detalle de las lesiones:

8. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

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 ☐ Resultado:

CONDUCTOR

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

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro N°: Vencimiento: Asegurado en: Póliza N°:

ATM
SEGUROS

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

PROPIETARIO

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Actividad:	<input type="text"/>
Registro N°:	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Resultado:

Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° documento:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Actividad:	<input type="text"/>
Registro N°:	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>	Asegurado en:	<input type="text"/>
				Póliza N°:	<input type="text"/>

PROPIETARIO Nombre y Apellido:				<input type="text"/>							
Tipo y N° documento:		<input type="text"/>		Teléfono:		<input type="text"/>					
Domicilio:			<input type="text"/>			CP:		<input type="text"/>			
Localidad:		<input type="text"/>		Provincia:		<input type="text"/>		País:		<input type="text"/>	

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 _____

Aclaración y DNI

DENUNCIA DE SINIESTRO

Anexo Lesiones (completar solo si corresponde, se excluye al asegurado/conductor y a su/s transportados)



IMPORTANTE:

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

ASEGURADO:

Póliza N°: **Compañía:** **Siniestro:**

1. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Estado Civil: Fecha de Nacimiento

Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón

Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal

Examen de alcoholemia: ☐ SI ☐ NO Resultado:

Centro Asistencial:

Detalle de lesiones:

2. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Estado Civil: Fecha de Nacimiento

Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón

Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal

Examen de alcoholemia: ☐ SI ☐ NO Resultado:

Centro Asistencial:

Detalle de lesiones:

TESTIGOS

Nombre y Apellido: Documento N°: Domicilio / Teléfono:

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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 Aclaración y DNI