

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, Órgano 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"

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 _____ **Nº 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: _____ Nº: _____

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 Nº 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 Nº documento: _____

Estado Civil: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

5. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Dominio: _____

Año: _____ Nº Motor: _____ Nº Chasis: _____

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

Detalle los daños del vehículo:

DENUNCIA DE SINIESTRO



6. CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

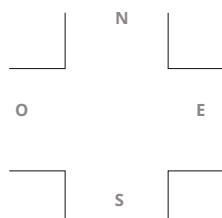
Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco

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 Nº 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: Nº Motor: Nº 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 Nº documento: Teléfono:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro Nº: Vencimiento: Examen de alcoholemia: SI NO Resultado:

CONDUCTOR

Nombre y Apellido: Tipo y Nº documento: Teléfono:

Domicilio: CP: Localidad:

Provincia: País: Estado Civil:

Edad: Fecha de Nacimiento: Actividad:

Registro Nº: Vencimiento: Asegurado en: Póliza Nº:

DENUNCIA DE SINIESTRO



9. 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 Resultado:

CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

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°:

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

PROPIETARIO Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

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 motovehiculo 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:

Detalle de los daños:

En a los días del mes de de

Firma del asegurado o denunciante

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