



DATOS DEL SEGURO

Aseguradora (*)

Razón Social / Organismo / Tomador

Póliza N°

Siniestro N°

1. FECHA DEL SINIESTRO (*)

Fecha: (*)

Hora:

2. LUGAR DEL SINIESTRO (*)

Localidad:

Provincia:

País:

Calle:

N°

Intersección de / Entre

y

Ruta:

Km:

Nacional

Provincial

Cruce con Ruta N°

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido:

Género F M

Tipo y N° de Documento:

Teléfono:

Domicilio:

CPA

Localidad:

Provincia:

País:

4. DATOS DE LA PÓLIZA

(En caso de coincidir el Asegurado con el Conductor, no deberá completarse el presente punto.)

Nombre y Apellido o Razón Social:

Tipo y N° de Documento:

Teléfono:

Domicilio:

CPA

Localidad:

Provincia:

País:

5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO (*)

(En caso de existir otro vehículo involucrado, se deberán completar nuevamente los puntos 3, 4 y 5)

Marca:

Modelo (optativo):

Tipo:

Dominio:

6. DATOS DEL DAMNIFICADO (En caso de Sepelio) (*)

Nombre y Apellido:

Género F M

Tipo y N° de Documento:

Teléfono:

Domicilio:

CPA

Localidad:

Provincia:

País:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento:

Relación con el Asegurado:

Conductor otro vehículo

Pasajero vehículo asegurado

Pasajero en otro vehículo

Peatón

7. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (En caso de Sepelio)

Se deberá presentar:

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito
2. D.N.I. del reclamante
3. Certificado de defunción original o copia certificada del mismo
4. Comprobante original de los gastos realizados por el sepelio

8. DATOS DEL DAMNIFICADO (En caso de Gastos Sanatoriales) (*)

Nombre y Apellido:

Género F M

Tipo y N° de Documento:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

CPA

Localidad:

Provincia:

País:

Relación con el Asegurado:

Conductor otro vehículo

Pasajero vehículo asegurado

Pasajero en otro vehículo

Peatón

9. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (En caso de Gastos Sanatoriales)

- Se deberá presentar:
1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito
 2. Copia del Documento Nacional de Identidad de la víctima
 3. Documentación que acredite la calidad de tercero subrogante de los derechos de la víctima (en caso de corresponder)
 4. Certificado médico expedido por el médico tratante
 5. Comprobantes originales de pago de gastos sanatoriales que acrediten el costo de los gastos médicos en que se haya incurrido para el tratamiento de la víctima

10. DATOS DEL DENUNCIANTE (*)

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|--|-----|
| Nombre y Apellido: | | Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| Vínculo con el damnificado: | Tipo y N° de Documento: | Teléfono: | |
| Domicilio: | | | CPA |
| Localidad: | Provincia: | País: | |

11. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada

Lugar:

Fecha | | | |

Hora: _____

FIRMA

ACLARACIÓN FIRMA

IMPORTANTE:

Llene todos los campos que estén marcados como obligatorios. En caso de no contar con los datos requeridos por el presente formulario, se solicita completar con los datos con que se cuente.

(*) Datos Obligatorios