

## Denuncia de Siniestro

**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 hrs. de conocerlo. El asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del asegurador.

«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 DIRRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, organo 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.»

**ASEGURADO:**

Póliza N°:

### 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	Tipo de Lugar	Ruta N°:	Cruce de tren	Semáforo
Asfalto	Calle	<b>KM:</b>	<b>Barrera:</b>	Si
Empedrado	Autopista	Nacional	Si	No
Tierra	Avenida	Provincial	No	<b>¿Funciona?</b>
Ripio	Bocacalle	<b>Cruce con ruta N°:</b>	<b>Cruce señalizado:</b>	Si
<b>Estado de Calzada</b>	Curva	<b>Cruce señalizado:</b>	Si	No
Seco	Pendiente	Si	No	Intermitente
Mojado	Túnel	No	<b>Estado de barrera:</b>	<b>Color</b>
	Sobre Puente		Alta	Rojo
	Otros		Baja	Amarillo
			Otro	Verde

### 3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido:	Tipo y N° documento:	Teléfono:
Cel:	E-mail:	
Domicilio:	CP:	Localidad:
Provincia:	País:	Estado civil:
Registro N°:	Fecha de Nacimiento:	Actividad:
Categoría:	Vencimiento:	Examen de alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resultado:

### 4. TESTIGOS

Nombre y Apellido	Domicilio	Documento N°	Teléfono	Ocupado del rodado, transeúnte, etc.

## 5. DATOS DEL ASEGURADO *(no completar si es el conductor)*

Nombre y Apellido o Razón Social:	Actividad:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Tipo y N° Doc:
Estado civil:	Teléfono:	
Domicilio:	CP:	
Localidad:	Provincia:	País:

## 6. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca:	Modelo:	Tipo:	Dominio:
Año:	N° Motor:	N° Chasis:	

<b>Uso del vehículo</b>	Particular	Comercial
-------------------------	------------	-----------

<b>¿Llevaba acompañantes?</b>	SI	NO	<b>¿Cuántos?</b>
-------------------------------	----	----	------------------

Detalle los daños del vehículo:

---



---

## 7. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente	Colisión con	Cáncer de participación en el siniestro:
Frontal	Peatón	Embestado
Posterior	Vehículo	Embistente
Lateral	Transporte público	Incendio
Incendio	Edificio	Robo a mano armada
Explosión	Columna	Robo estacionado en vía pública
Desplazamiento	Animal	Robo en garage/ playa de estacionamiento
Inmersión	Otro:	

## CROQUIS

<p>Indicar las calles y el sentido con flechas. Dibujar la posición de los vehículos.</p>	Forma de ocurrencia:		
	<table border="1"> <tr> <td>¿Utilizó remolque o auxilio?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	¿Utilizó remolque o auxilio?	SI
¿Utilizó remolque o auxilio?	SI	NO	

## 8. LESIONES DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y apellido:	Tipo y N° de doc:
Teléfono:	Domicilio:
Localidad:	Provincia:
País:	
Detalle de las lesiones:	

## 9. DATOS POLICIALES

Comisaría:									
Acta	Folio	Nº	Causa Penal	SI	NO	Nº	Juzgado Nº:		
Secretaría Nº:			Depto Judicial:						

## 10. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO

Marca:				Modelo:					
Dominio:				Año:		Nº de motor:			
Uso del vehículo:			Particular	Comercial o carga	Servicio de urgencia		Fuera de Seguridad		
Detalle los daños del vehículo:									

### PROPIETARIO/CONDUCTOR

Nombre y Apellido:				Tipo y Nº doc:			Teléfono:		
Domicilio:				CP:			Localidad:		
Provincia:				País:					
Edad:		Fecha de nacimiento:			Actividad:				
Registro Nº:		Vencimiento:			Examen de alcoholemia:		SI	NO	

## 10. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2) *Completar solamente en caso de haber más de 1 vehículo involucrado.*

Marca:				Modelo:					
Dominio:				Año:		Nº de motor:		Nº de chasis:	
Uso del vehículo:			Particular	Comercial o carga	Servicio de urgencia		Fuera de Seguridad		
Detalle los daños del vehículo:									

### PROPIETARIO

Nombre y Apellido:				Tipo y Nº doc:			Teléfono:		
Domicilio:				CP:			Localidad:		
Provincia:				País:			Estado Civil:		
Edad:		Fecha de nacimiento:			Actividad:				
Registro Nº:		Vencimiento:			Examen de alcoholemia:		SI	NO	

## 12. DAÑOS MATERIALES A COSAS *(Edificio, árbol, volquete, animal, otros)*

PROPIETARIO Nombre y Apellido:									
Tipo y Nº de doc:						Teléfono:			
Domicilio:						CP:			
Localidad:			Provincia:			País:			
Detalle de los daños:									

**DECLARACIÓN 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 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 \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado o denunciante

Aclaración y DNI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_