

Denuncia de Siniestro Automotores

HOJA 1 de 2



AUTOMOTORES	
Pólizas N°:	Siniestro N°:

1 Datos del Asegurado		
Inicia Reclamo al 3°: SI ☐ NO ☐		
Nombre y Apellido o Razón Social:		
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:

2 Datos del Vehículo Asegurado		
Marca:	Modelo:	Tipo:
Dominio:	Color:	Año:
N° de Motor:	N° de Chasis:	
Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐		
Cobertura afectada: Robo: Parcial ☐ Total ☐ Incendio: Parcial ☐ Total ☐ Daño: Parcial ☐ Total ☐		

Detalle los daños del vehículo:	
---------------------------------	--

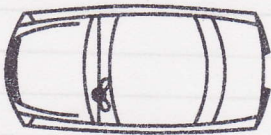
3 Fecha del Siniestro	
Fecha: / /	Hora: Estado del Tiempo: Diurno ☐ Nocturno ☐ Lluvia ☐ Seco ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐

4 Lugar del Siniestro	
Localidad:	Provincia:
País:	Calle: N°:
Intersección de/Entre: y	
Ruta N°: km: Nacional ☐ Provincial ☐	Cruce con ruta N°: Cruce señalizado: SI ☐ NO ☐
Cruce tren: Barrera: SI ☐ NO ☐	Cruce señalizado: SI ☐ NO ☐ Estado barrera:
Semáforo: SI ☐ NO ☐	Funciona: SI ☐ NO ☐ Intermitente ☐ Color:
Tipo de calzada:	Estado de calzada:

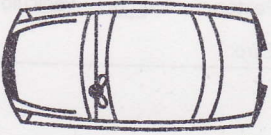
5 Características del Siniestro	
Tipo de Accidente:	Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En Cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐ Inmersión ☐ Incendio ☐ Explosión ☐ Daño con la carga ☐ En Autopista ☐ En Calle ☐ En Avenida ☐ En Curva ☐ En Pendiente ☐ En Túnel ☐ Sobre Puente ☐ Otro: ☐
Colisión con:	Pedón ☐ Vehículo ☐ Transp. Público ☐ Edificio ☐ Columna ☐ Animal ☐ Otro: ☐

CROQUIS	Detalles del Siniestro
N	
O	
E	

6 Datos del Conductor del Vehículo Asegurado:			
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:	Profesión:		Teléfono:
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐	Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐		
Registro N°:	Categoría:	Expedido por:	Vencimiento: / /
Es el propio asegurado: SI ☐ (continuar en el punto 5) NO ☐		Relación con el asegurado:	

7 Detalle del otro Vehículo (1)			
Propietario:		Parentesco con el socio:	
Tipo y N° de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	Género: F ☐ M ☐
Domicilio:		Teléfono:	
Localidad:		C.P.:	
Provincia:	País:		
Marca:	Modelo:	Tipo:	Asegurado en:
Dominio:			Año:
N° de Motor:		N° de Chasis:	
Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐			
Detalle los daños del vehículo:			

Examen de Alcoholemia del conductor: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐			
El Conductor es el Propietario: SI ☐ (Continuar en el punto 8)		NO ☐ (Completar la Información que sigue)	
Conductor:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐	Registro N°:	Vencimiento: - / /	

Detalle del otro Vehículo (2)			
Propietario:		Parentesco con el socio:	
Tipo y N° de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	Género: F ☐ M ☐
Domicilio:		Teléfono:	
Localidad:		C.P.:	
Provincia:	País:		
Marca:	Modelo:	Tipo:	Asegurado en:
Dominio:			Año:
N° de Motor:		N° de Chasis:	
Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐			
Detalle los daños del vehículo:			

Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐			
El Conductor es el Propietario: SI ☐ (Continuar en el punto 8)		NO ☐ (Completar la Información que sigue)	
Conductor:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
		C.P.:	

Denuncia de Siniestro Automotores

HOJA 2 de 2



AUTOMOTORES			
Pólizas N°:		Siniestro N°:	
9 Lesiones a Terceros (1)			
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo ☐ Pasajero Vehículo Asegurado ☐ Pasajero otro Vehículo ☐ Peatón ☐			
Tipo de Lesiones: Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐		Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐	
Centro Asistencial:			
Lesiones a Terceros (2)			
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:		Fecha de Nacimiento: / /	
Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo ☐ Pasajero Vehículo Asegurado ☐ Pasajero otro Vehículo ☐ Peatón ☐			
Tipo de Lesiones: Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐		Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐	
Centro Asistencial:			
10 Testigos (1)			
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el Conductor:			
Testigos (2)			
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el Conductor:			
11 Datos del Denunciante			
Es el conductor o asegurado: SI ☐ (Continuar en el punto 12) NO ☐ (Completar la Información que sigue)			
Nombre y Apellido:		Género: F ☐ M ☐	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
12 CLEAS			
Mediante la siguiente denuncia: ☐ adhiero ☐ no adhiero (marcar lo que corresponda) a la aplicación de la metodología CLEAS (cláusula 53) para la resolución del siniestro.			
En caso de no adherir explique la causa: _____			

13 Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada			
Lugar:		Dejo expresa constancia que es de mi conocimiento que	
Fecha: / /	Hora:	la Póliza N°	que ampara al vehículo asegurado