

Póliza N° Siniestro N°

Datos del Siniestro

Fecha del Siniestro: _____ Hora: _____ : _____

Lugar del hecho: Calle: _____ N° _____ Intersección de: _____ y _____

Denuncia Policial: Comisaría: _____ Localidad: _____ Sumario: _____

TIPO DE ACCIDENTE			LUGAR			COLISIÓN CON							
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Daño con la carga	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> En autopista	<input type="checkbox"/> En pendiente	<input type="checkbox"/> Peatón	<input type="checkbox"/> Columna	<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Desplazamiento	<input type="checkbox"/> Inmersión	<input type="checkbox"/> En calle	<input type="checkbox"/> Sobre puente	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Transporte público
<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> En cadena	<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> En avenida	<input type="checkbox"/> En tunel	<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Vuelco			<input type="checkbox"/> En curva	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

ASEGURADO

Apellido y Nombres/Razón Social: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____

Ident. Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____

Domicilio real: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ País: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: _____ Actividad/Ocupación: _____

TERCERO

Propietario: _____ Sexo: F M

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: (_____) _____

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: (_____) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Actividad/Ocupación: _____

Edad: _____ Registro N°: _____ (!) Adjuntar copia.

Categoría: _____ Vencimiento: _____

¿Conductor habitual del vehículo? Sí No

¿Es el propio Asegurado? Sí No

Relación con el Asegurado: _____

Exámen de alcoholemia: Sí No Se negó

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO TERCERO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: (_____) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Actividad/Ocupación: _____

Edad: _____ Registro N°: _____

Categoría: _____ Vencimiento: _____

¿Conductor habitual del vehículo? Sí No

VEHÍCULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____

Tipo: _____ Dominio: _____

Color: _____ Motor N°: _____

Año: _____ Chasis N°: _____

(!) Adjuntar copia de la Cédula Verde/Cédula Azul ó Título de Propiedad Automotor.

Antirrobo: Sí No

Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Serv. de Urgencia

Taxi o remis Transp. público Fzas. de seguridad

VEHÍCULO TERCERO

Marca: _____ Modelo: _____

Tipo: _____ Dominio: _____

Color: _____ Motor N°: _____

Año: _____ Chasis N°: _____

Asegurado en: _____


Póliza N°: _____

Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Serv. de Urgencia

Taxi o remis Transp. público Fzas de seguridad

Póliza N° Siniestro N°

DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO



Detallar: _____

DAÑOS DEL VEHÍCULO TERCERO



Detallar: _____

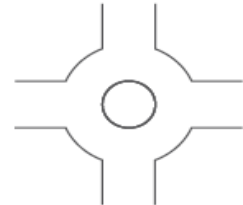
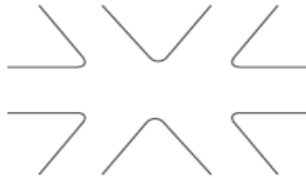
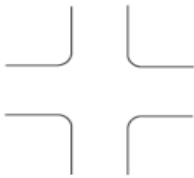
Taller de reparación del asegurado

Nombre: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Teléfono: (_____) _____ Fecha inspección: _____

Datos del Denunciante (!) Los datos y referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada

¿Es el propio Asegurado? Sí No (Si Ud. no es el Asegurado, completar la siguiente información)
 Relación con Asegurado: _____ Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____
 Domicilio real: _____
 Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____ País: _____

CROQUIS - Dibujar la situación de los vehículos en el accidente (detallar calles, avenidas, rutas, autopistas, sentido del tráfico, etc.)



DETALLES DEL SINIESTRO

Testigos (!) Ofrezca siempre testigos, especialmente si Usted no es responsable.

Apellido y Nombres	Domicilio	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Daños materiales a cosas

Propietario: _____ Sexo: F M
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Nacionalidad: _____
 Domicilio: _____ CP: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Teléfono Particular: (_____) _____
 Detalle los daños: _____

Póliza N°

Siniestro N°

Lesiones a Terceros

¿Hubo lesiones a Terceros? Sí No (En caso afirmativo, complete los siguientes datos)

DETALLE DE TERCEROS AFECTADOS

- 1) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____
Domicilio: _____ CP: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Fecha de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
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: Sí No Se negó.
Centro asistencial: _____
- 2) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____
Domicilio: _____ CP: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Fecha de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
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: Sí No Se negó.
Centro asistencial: _____
- 3) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____
Domicilio: _____ CP: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Fecha de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
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: Sí No Se negó.
Centro asistencial: _____

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en (Marcar con una X según corresponda) [] Ingresos de Haberes [] Ahorros en Cuenta [] Ganancias [] Actividad Comercial [] Premios de Juegos de azar [] Operación Inmobiliaria [] Compra-Venta de bienes Mueble [] Herencia [] Donación [] Cesión [] Otros _____ según lo establecido en la Ley N° 25.246.

También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por el Anexo I de la Resolución N° 32/2011 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 32/2011 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Lugar y Fecha: _____

(!) Recuerde completar los daños del vehículo asegurado y el croquis de la página 2 del formulario.

Firma y Aclaración del Denunciante