

(*) Aseguradora: _____

Póliza N°: _____ Siniestro N° _____

1. Fecha del Siniestro

Fecha: _____ Hora: _____

2. Lugar del Siniestro

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Calle: _____ N°: _____ Intersección de / entre: _____ y _____

Ruta N°: _____ Km: _____ Nacional: _____ Provincial: _____ Cruce con ruta N°: _____

3. Datos del conductor del vehículo aseguradoNombre y Apellido: _____ Género: F MDocumento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

4. Datos del titular de la póliza

Nombre y Apellido: / Razón Social: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

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

5. Datos del vehículo asegurado (*)

Marca: _____ Modelo: _____

Tipo: _____ Dominio: _____

Para el caso de existir otro vehículo involucrado, se deberán completar nuevamente los puntos 3, 4 Y 5.

6. Datos del damnificado (En caso de sepelio) (*)Nombre y Apellido: _____ Género: F MDocumento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

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
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo
 Pasajero vehículo asegurado
 Pasajero en otro vehículo
 Peatón

9. Documentación adjunta (En caso de gastos sanatoriales)

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito.
2. Copia de 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 M
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Vínculo con el damnificado: _____ E-mail: _____

11. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar y Fecha: _____ Firma _____
Hora: _____ Aclaración _____

IMPORTANTE: Llene todos los campos que están 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 cuenta.

(*) Datos Obligatorios