

AUTOMOTORES (cont.)

6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Marca		Modelo		Tipo	
Año		Domicilio		N° de Motor	
N° de Chasis		Antirrobo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso del vehículo	Particular <input type="checkbox"/>	Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Taxi o remis <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicio de urgencia <input type="checkbox"/>
Cobertura afectada	ROBO	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	INCENDIO	Parcial <input type="checkbox"/>
Cobertura Póliza	RC <input type="checkbox"/>	lyP (y) <input type="checkbox"/>	I.R.D. (t) <input type="checkbox"/>	3ro Cpto. <input type="checkbox"/>	T/R (s/f) <input type="checkbox"/>
Detalle los daños del vehículo		T/R (c/f) <input type="checkbox"/>			
		Otros <input type="checkbox"/>			
N° Póliza		Compañía		Cobertura	
Examen de alcoholemia		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	
El conductor es el propietario		SI <input type="checkbox"/>	(continuar en el punto siguiente)		NO <input type="checkbox"/>
Conductor		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Conductor habitual del vehículo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Registro N°	Vencimiento (dd/mm/aaaa)

7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Marca		Modelo		Tipo	
Año		Domicilio		N° de Motor	
N° de Chasis		Antirrobo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso del vehículo	Particular <input type="checkbox"/>	Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Taxi o remis <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicio de urgencia <input type="checkbox"/>
Cobertura afectada	ROBO	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	INCENDIO	Parcial <input type="checkbox"/>
Cobertura Póliza	RC <input type="checkbox"/>	lyP (y) <input type="checkbox"/>	I.R.D. (t) <input type="checkbox"/>	3ro Cpto. <input type="checkbox"/>	T/R (s/f) <input type="checkbox"/>
Detalle los daños del vehículo		T/R (c/f) <input type="checkbox"/>			
		Otros <input type="checkbox"/>			
N° Póliza		Compañía		Cobertura	
Examen de alcoholemia		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	
El conductor es el propietario		SI <input type="checkbox"/>	(continuar en el punto siguiente)		NO <input type="checkbox"/>
Conductor		Género		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y N° documento		Teléfono		e-mail	
Domicilio		Localidad			
Código Postal		Provincia		País	
Conductor habitual del vehículo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Registro N°	Vencimiento (dd/mm/aaaa)

AUTOMOTORES (cont.)

8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario Género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐

Tipo y N° documento Teléfono e-mail

Domicilio Localidad

Código Postal Provincia País

Detalle los daños del vehículo

9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐ Inmersión ☐

Incendio ☐ Explosión ☐ Daño c/la carga ☐ Otro ☐

Lugar En Autopista ☐ En calle ☐ En avenida ☐ En curva ☐ En pendiente ☐ En tunel ☐ En subte ☐

Otro ☐

Colisión con Peatón ☐ Vehículo ☐ Transporte público ☐ Edificio ☐ Columna ☐ Animal ☐ Otro ☐

CROQUIS



DETALLE DEL SINIESTRO

10. DATOS DEL DENUNCIANTE

¿Es el conductor o asegurado? SI ☐ (continuar en el punto 11) NO ☐ (completar la información que sigue)

Conductor Género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐

Tipo y N° documento Teléfono e-mail

Domicilio Localidad

Código Postal Provincia País

11. INCLUYE ANEXO LESIONES

¿Incluye Anexo Lesiones? SI ☐ NO ☐

a) Indicar cantidad de personas transportadas, además del conductor

Vehículo Asegurado ☐ Tercero 1 ☐ Tercero 2 ☐ Tercero 3 ☐ Tercero 4 ☐

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

Lugar

Fecha (dd/mm/aaaa)

Hora

Firma

Aclaración

AUTOMOTORES

DENUNCIA DE SINIESTROS

Complete los siguientes datos y seleccione "Enviar" (e-mail) o "Guardar" para almacenarlo.

Destinatario CARLOS WITMANN <cwittmann@victoria.com.ar>

Con copia a

Observaciones



Enviar



Guardar