

AUTOMOTORES

DENUNCIA DE SINIESTROS

ASEGURADORA

Póliza N°

Fecha

(dd/mm/aaaa)

Siniestro N°

1. MOMENTO DEL SINIESTRO

Fecha

(dd/mm/aaaa)

Hora

MOMENTO

Diurno Nocturno

ESTADO DEL TIEMPO

Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad

Provincia

País

Calle

Nº

Intersección de / Entre

y

Ruta N°

km

Nacional Provincial Cruce con ruta N° Cruce señalado SI NO

Cruce con tren

SI NO Barrera SI NO Cruce señalizado SI NO Estado barrera

Semáforo

SI NO Funciona SI NO Intermitente Color

Tipo de Calzada

Estado Calzada

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido

Género

Femenino Masculino

Tipo y N° documento

Teléfono

e-mail

Domicilio

Localidad

Código Postal

Provincia

País

Estado Civil

Fecha de nacimiento

(dd/mm/aaaa)

Examen de alcoholemia

SI NO Se negó

Conductor habitual del vehículo

SI NO

Registro N°

Vencimiento

(dd/mm/aaaa)

Es el propio asegurado

SI

(continuar en el punto 5)

NO (indicar relación con el asegurado)

4. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social

Tipo y N° documento

Teléfono

e-mail

Domicilio

Localidad

Código Postal

Provincia

País

5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Marca

Modelo

Tipo

Año

Domicilio

Nº de Motor

Nº de Chasis

Antirrobo

SI NO

Uso del vehículo

Particular Comercial o carga Taxi o remís Transporte público Servicio de urgencia Fuerzas de seguridad

Cobertura afectada

ROBO Parcial Total INCENDIO Parcial Total DAÑO Parcial Total

Cobertura Póliza

RC IyP (y) I.R.D. (t) 3ro Cpto. T/R (s/f) T/R (c/f) Otros

Detalle los daños del vehículo

Lugar Inspección

Nombre

Domicilio

Localidad

Teléfono

Fecha

(dd/mm/aaaa)

AUTOMOTORES (cont.)**6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)**

Propietario	Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>						
Tipo y Nº documento	Teléfono	e-mail							
Domicilio	Localidad								
Código Postal	Provincia	País							
Marca	Modelo	Tipo							
Año	Domicilio	Nº de Motor							
Nº 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 remís <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicio de urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>			
Cobertura afectada	ROBO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	INCENDIO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	DAÑO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>
Cobertura Póliza	RC <input type="checkbox"/>	IyP (y) <input type="checkbox"/>	I.R.D. (t) <input type="checkbox"/>	3ro Cpto. <input type="checkbox"/>	T/R (s/f) <input type="checkbox"/>	T/R (c/f) <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
Detalle los daños del vehículo									
Nº 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"/> (completar la información que sigue)							
Conductor	Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>						
Tipo y Nº documento	Teléfono	e-mail							
Domicilio	Localidad								
Código Postal	Provincia	País							
Conductor habitual del vehículo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Registro Nº	Vencimiento		(dd/mm/aaaa)				

7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario	Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>						
Tipo y Nº documento	Teléfono	e-mail							
Domicilio	Localidad								
Código Postal	Provincia	País							
Marca	Modelo	Tipo							
Año	Domicilio	Nº de Motor							
Nº 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 remís <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicio de urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>			
Cobertura afectada	ROBO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	INCENDIO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	DAÑO <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>
Cobertura Póliza	RC <input type="checkbox"/>	IyP (y) <input type="checkbox"/>	I.R.D. (t) <input type="checkbox"/>	3ro Cpto. <input type="checkbox"/>	T/R (s/f) <input type="checkbox"/>	T/R (c/f) <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
Detalle los daños del vehículo									
Nº 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"/> (completar la información que sigue)							
Conductor	Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>						
Tipo y Nº documento	Teléfono	e-mail							
Domicilio	Localidad								
Código Postal	Provincia	País							
Conductor habitual del vehículo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Registro Nº	Vencimiento		(dd/mm/aaaa)				

AUTOMOTORES (cont.)

8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

10. DATOS DEL DENUNCIANTE

¿Es el conductor o asegurado?	SI <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 11)	NO <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)
Conductor	Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº 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