



(antes denominada Generali Argentina Compañía de Seguros S.A., en trámite de inscripción ante organismos de control).

DENUNCIA DE SINIESTRO

IMPORTANTE

En caso de siniestro realice la denuncia en la Compañía dentro de los 3 primeros días de ocurrido el hecho, enviando el presente formulario por fax al (5411) 4857-7946 Int. 7945/ 7984. La compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

DATOS GENERALES

Póliza N° _____ Siniestro N° _____

Nombre del asegurado/ Razón Social _____

Tipo y N° Doc. _____ Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

País _____ Tel. _____ Registro N° _____

Categoría _____ Vencimiento _____ Expendido por _____

Vehículo: Marca _____ Modelo _____

Tipo _____ Año _____ N° de Motor _____

N° Chasis _____ N° de Dominio _____

Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Transporte público Cobertura afectada: Robo: parcial Incendio: parcial Daño: parcial

Taxi o remis Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad total total total

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Tipo y N° Doc. _____

CUIT _____ Sexo: M F Estado Civil _____

Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____

Celular _____ Mail _____

Registro N° _____ Categoría _____ Vencimiento _____

Expendido por _____ Examen de alcoholemia: Sí No Se negó

¿Es el conductor habitual del vehículo? Sí No Relación con el asegurado _____

DATOS DEL SINIESTRO N°

Fecha del siniestro _____ Hora _____

Calle _____ N° _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____

Intersección de/ entre _____ y _____

Ruta N° _____ Km. _____ Nacional Provincial Cruce con ruta N° _____ ¿Cruce señalizado? Sí No

Cruce tren _____ Barrera: Sí No Estado barrera _____ ¿Cruce señalizado? Sí No

Semáforo: Sí No ¿Funciona? Sí No Intermitente: Sí No Color _____

Km/h al momento del accidente _____ Estado del tiempo: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

Tipo de calzada _____ Estadoo calzada _____

Tipo de Accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento
Inmersión Incendio Explosión Daño con la carga En autopista En la calle
En Avenida En curva En túnel Sobre puente Otro _____
Colisión con: Peatón Vehículo Edificio Columna Animal Otro

Intervención policial: Sí No Indicar seccional/ comisería/ Juzgado y N° de folio/ Acta _____

Fuero _____ Secretaría _____

Forma en que ocurrió: _____

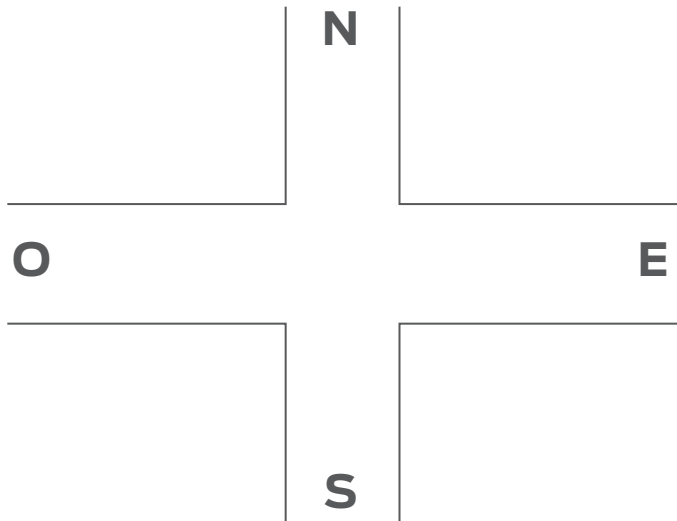
Consecuencias _____

Monto aproximado de los daños _____ Talleres de reparaciones _____

Teléfono _____ Dirección _____ Indicar la fecha de inspección _____

GRÁFICO DEL ACCIDENTE

TESTIGOS (completar en caso que corresponda)



Nombre _____

Profesión _____

Tel. _____

Domicilio _____

Tipo y N° Doc. _____

Nombre _____

Profesión _____

Tel. _____

Domicilio _____

Tipo y N° Doc. _____

DATOS DEL OTRO VEHICULO

Propietaro _____ Sexo: M F Tipo y N° Doc. _____

Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____

Celular _____ Mail _____

Vehículo: Marca _____ Modelo _____

Tipo _____ Año _____ N° Motor _____

N° Chasis _____ N° de Dominio _____

Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Transporte público Taxi o remis Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

Detalle de los daños: _____

Examen de alcoholemia del conductor: Sí No Se negó El conductor es propietario: Sí No (en este caso completar la información que sigue)

Conductor _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____

Celular _____ Mail _____

Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____ ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí No

Registro Nº _____ Categoría _____ Vencimiento _____

Propietario _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____

Celular _____ Mail _____

Vehículo: Marca _____ Modelo _____

Tipo _____ Año _____ Nº Motor _____

Nº Chasis _____ Nº de Dominio _____

Uso del Vehículo: _____

Detalle de los daños: _____

Examen de alcoholemia del conductor: Sí No Se negó El conductor es propietario: Sí No (en este caso completar la información que sigue)

Conductor _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____

Celular _____ Mail _____

Estado Civil _____ Fecha de nacimiento _____ ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí No

Registro Nº _____ Categoría _____ Vencimiento _____

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio: Calle _____ Nº _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____

Detalle de los daños: _____

LESIONES A TERCEROS

Nombre y Apellido _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio: Calle _____ Nº _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____ Celular _____

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó

Centro asistencial _____ Parentesco _____

Nombre y Apellido _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____ Celular _____

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó

Centro asistencial _____ Parentesco _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado: Sí NO (en este caso completar la información que sigue)

Nombre y Apellido _____ Sexo: M F Tipo y Nº Doc. _____

Domicilio: Calle _____ Nº _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ País _____ Tel. _____ Celular _____

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fechado en _____ el día _____ del mes de _____ de 20 _____ a las _____ hs.

Firma _____ Aclaración _____ DNI _____