

SEGURO DE AUTOMOTORES

DENUNCIA DE SINIESTRO DEL AUTOMOTOR - FLOTAS

FECHA DE DENUNCIA: [] [] [] [] [] [] FECHA SINIESTRO: [] [] [] [] [] []
 POLIZA N: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] HORA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DETALLES DEL SINIESTRO

LUGAR DEL HECHO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] LOCALIDAD: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 COD.POSTAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] PROVINCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 FORMA DE OCURRENCIA:

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 DOMICILIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 COD. POSTAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 LOCALIDAD: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 PROVINCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] EL VEHICULO AL MOMENTO DEL HECHO CUMPLIA MISION OFICIAL SI NO

DATOS DEL CONDUCTOR

* APELLIDO Y NOMBRE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 * DOMICILIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * ESTADO CIVIL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 * COD.POSTAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * FECHA DE NACIMIENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 * LOCALIDAD: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * SEXO: F M
 * DOMICILIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * TELEFONO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 * PROVINCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * OCUPACION ACTUAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 * TIPO DE DOCUMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * NACIONALIDAD: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 * NUMERO DE DOCUMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] * REL. C/ASEGURADO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 C. POST. MUNIC. EXP. DEL REGISTRO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] USO DE CINTURON: SI NO
 N° DE REGISTRO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] USO DE ESTIMULANTES: SI NO
 CATEGORIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ING.ALCOHOL: SI NO
 VIG. REGISTRO DDE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] SE HALLABA AUTORIZADO POR LA REPARTICION PARA CONDUCIR SI NO
 VIG. REGISTRO HTA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DENUNCIA POLICIAL

COMISARIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] LOCALIDAD: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 DOMICILIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] PROVINCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 COD. POSTAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NUMERO DE ACTA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DATOS DEL JUZGADO

NUMERO DEL JUZGADO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] LOCALIDAD: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 FUERO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] PROVINCIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 JURISDICCION: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] SECRETARIA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 COD. POSTAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

* Los seguros son emitidos por su empresa controlada CAJA DE SEGUROS S.A.

.....
FIRMA DEL EMPLEADO

.....
LUGAR Y FECHA

DATOS DEL TERCERO

APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO: COD. POSTAL:

N° DOCUMENTO: LOCALIDAD:

DOMICILIO: PROVINCIA:

* NRO. REGISTRO:

* VIGENCIA REG. DESDE:

* VIGENCIA REGISTRO HASTA:

POSEE SEGURO: SI NO

NOMBRE ASEGURADORA: POLIZA ASEG.:

PROPIEDAD AFECTADA

TIPO: VEHICULO INMUEBLE ANIMALES

si es INMUEBLES o ANIMALES no completar los campos con (*)

* MARCA: * PATENTE:

* CLASE: * MOTOR:

* MODELO:

TESTIGOS

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO: PROVINCIA:

COD. POSTAL: TELEFONO:

LOCALIDAD:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO: PROVINCIA:

COD. POSTAL: TELEFONO:

LOCALIDAD:

CONDICIONES DEL TRANSITO

LUMINOSIDAD: CONDIC. CALZADA:

ILUMINACION: CIRCULACION:

TIEMPO: CANT. CARRILES:

SEMAFOROS: VELOCIDAD:

CARTELES: METRO FRENADA:

TIPO CALZADA: ESTACIONADO: SI NO

ESTADO CALZADA: PERMITIDO ESTAC.: SI NO

DECLARO EXPRESAMENTE QUE TODO LO ANTES CONSIGNADO FUE EXPRESADO POR MI PERSONALMENTE E IMPUTADO DE FORMA TEXTUAL RESPONDIENDO A LA REALIDAD DE LOS HECHOS QUE DERIVAN EN LA DENUNCIA DEL PRESENTE SINIESTRO.

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

DENUNCIA DEL SINIESTRO DEL ASEGURADO

COMPAÑIA:

SECCION:

PRODUCTO:

POLIZA N°:

COBERTURA:

SINIESTRO N°:

DEFINITIVO PROVISORIO

FECHA DEL SINIESTRO:

HORA:

VIGENCIA:

FECHA DENUNCIA: