Denuncia de Siniestro Automotores

HOJA 1 de 2

SAN CRISTOBAL SEGUROS GENERALES

AUTOMOTORES

Pólizas Nº: | **Siniestro Nº:**

1 Datos del Asegurado Inicia Reclamo al 3º: SI ☐ NO ☐

Nombre y Apellido o Razón Social:

Tipo y Nº de Documento: | **Teléfono:**

Domicilio: | **C.P.:**

Localidad: | **Provincia:** | **País:**

2 Datos del Vehículo Asegurado

Marca: | **Modelo:** | **Tipo:**

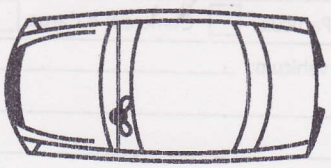
Dominio: | **Color:** | **Año:**

Nº de Motor: | **Nº de Chasis:**

Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐

Cobertura afectada: **Robo:** Parcial ☐ Total ☐ **Incendio:** Parcial ☐ Total ☐ **Daño:** Parcial ☐ Total ☐

Detalle los daños del vehículo: _____



3 Fecha del Siniestro

Fecha: / / Hora: | **Estado del Tiempo:** Diurno ☐ Nocturno ☐ Lluvia ☐ Seco ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐

4 Lugar del Siniestro

Localidad: | **Provincia:**

País: | **Calle:** | **Nº:**

Intersección de/Entre: y

Ruta Nº: km: Nacional ☐ Provincial ☐ | **Cruce con ruta Nº:** | **Cruce señalizado:** SI ☐ NO ☐

Cruce tren: **Barrera:** SI ☐ NO ☐ **Cruce señalizado:** SI ☐ NO ☐ | **Estado barrera:**

Semáforo: SI ☐ NO ☐ | **Funciona:** SI ☐ NO ☐ Intermitente ☐ | **Color:**

Tipo de calzada: | **Estado de calzada:**

5 Características del Siniestro

Tipo de Accidente: Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En Cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐
Inmersión ☐ Incendio ☐ Explosión ☐ Daño con la carga ☐
En Autopista ☐ En Calle ☐ En Avenida ☐ En Curva ☐ En Pendiente ☐ En Túnel ☐
Sobre Puente ☐ Otro:

Colisión con: Peatón ☐ Vehículo ☐ Transp. Público ☐ Edificio ☐ Columna ☐ Animal ☐
Otro:

CROQUIS

N

O E

Detalles del Siniestro _____

6 Datos del Conductor del Vehículo Asegurado

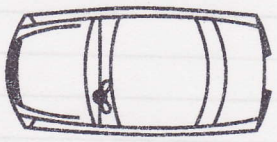
Nombre y Apellido:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:	**Profesión:**	**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**
Estado Civil:		**Fecha de Nacimiento:** / /
Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐		**Conductor habitual del vehículo:** SI ☐ NO ☐
Registro Nº:	**Categoría:**	**Expedido por:** **Vencimiento:** / /
Es el propio asegurado: SI ☐ (continuar en el punto 5) NO ☐		**Relación con el asegurado:**

7 Detalle del otro Vehículo (1)

Propietario:		**Parentesco con el socio:**	**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:	**Fecha de Nacimiento:** / /		**Teléfono:**
Domicilio:			**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**		**País:**
Marca:	**Modelo:**	**Tipo:**	**Asegurado en:**
Dominio:			**Año:**
Nº de Motor:		**Nº de Chasis:**	

Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐

Detalle los daños del vehículo: _____



Examen de Alcoholemia del conductor: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐

El Conductor es el Propietario: SI ☐ (Continuar en el punto 8) NO ☐ (Completar la Información que sigue)

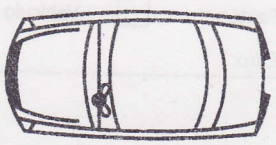
Conductor:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**
Estado Civil:		**Fecha de Nacimiento:** / /
Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐	**Registro Nº:**	**Vencimiento:** / /

Detalle del otro Vehículo (2)

Propietario:		**Parentesco con el socio:**	**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:	**Fecha de Nacimiento:** / /		**Teléfono:**
Domicilio:			**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**		**País:**
Marca:	**Modelo:**	**Tipo:**	**Asegurado en:**
Dominio:			**Año:**
Nº de Motor:		**Nº de Chasis:**	

Uso del Vehículo: Particular ☐ Comercial o Carga ☐ Taxi o Remís ☐ Transporte Público ☐ Servicios de Urgencia ☐ Fuerzas de Seguridad ☐

Detalle los daños del vehículo: _____



Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐

El Conductor es el Propietario: SI ☐ (Continuar en el punto 8) NO ☐ (Completar la Información que sigue)

Conductor:	**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:	**Teléfono:**
	C.P.:

Denuncia de Siniestro Automotores

HOJA 2 de 2

SAN CRISTOBAL SEGUROS GENERALES

AUTOMOTORES	
Pólizas Nº:	**Siniestro Nº:**

9 Lesiones a Terceros (1)

Nombre y Apellido:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**
Estado Civil:		**Fecha de Nacimiento:** / /

Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo ☐ Pasajero Vehículo Asegurado ☐ Pasajero otro Vehículo ☐ Peatón ☐

Tipo de Lesiones: Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐ **Examen de Alcoholemia:** SI ☐ NO ☐ Se negó ☐

Centro Asistencial:

Lesiones a Terceros (2)

Nombre y Apellido:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**
Estado Civil:		**Fecha de Nacimiento:** / /

Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo ☐ Pasajero Vehículo Asegurado ☐ Pasajero otro Vehículo ☐ Peatón ☐

Tipo de Lesiones: Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐ **Examen de Alcoholemia:** SI ☐ NO ☐ Se negó ☐

Centro Asistencial:

10 Testigos (1)

Nombre y Apellido:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**

Parentesco con el Conductor:

Testigos (2)

Nombre y Apellido:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**

Parentesco con el Conductor:

11 Datos del Denunciante

Es el conductor o asegurado: SI ☐ (Continuar en el punto 12) NO ☐ (Completar la Información que sigue)

Nombre y Apellido:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País:**

12 CLEAS

Mediante la siguiente denuncia: ☐ adhiero ☐ no adhiero (marcar lo que corresponda) a la aplicación de la metodología CLEAS (cláusula 53) para la resolución del siniestro.

En caso de no adherir explique la causa: .....

.....

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

Lugar:	Dejo expresa constancia que es de mi conocimiento que
Fecha: / / Hora:	la Póliza Nº que ampara al vehículo asegurado