



## Automotores / Denuncia de siniestro - Anexo I

Aseguradora: Antártida Compañía Argentina de Seguros S.A. Póliza N°

Siniestro N°

### 1- Fecha del siniestro

Fecha de siniestro Hora Estado del tiempo: Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve

### 2- Lugar del siniestro

Localidad Provincia CPA

País Calle N°

Intersección de / entre Y

Ruta N° Km. Nacional  Provincial  Cruce con ruta N° 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 calzada

### 3- Datos del conductor del vehículo asegurado

Propietario Género F  M  Tipo y N° de documento

Domicilio CPA

Localidad Provincia País

Teléfono Celular e-mail

Estado civil Fecha de nacimiento

Examen de alcoholemia Si  No  Se negó

Conductor habitual del vehículo? Si  No  Registro N° Vencimiento

Es el propio asegurado? Si  (Continuar en el punto 5) No  Relación con el asegurado

### 4- Datos del asegurado

Nombre y apellido o razón social

Tipo y N° de documento Teléfono

Celular e-mail

Domicilio CPA

Localidad Provincia País

### 5- Datos del vehículo asegurado

Marca Modelo Tipo

Dominio Año N° de motor N° de chasis

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

Cobertura afectada Robo Parcial  Total  Incendio Parcial  Total  Daño Parcial  Total

Detalle los daños del vehículo

### 6- Datos del otro vehículo

Propietario Género F  M  Tipo y N° de documento

Domicilio CPA

Localidad Provincia País

Teléfono Celular e-mail

Marca Modelo Tipo

Dominio Año N° de motor N° de chasis

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

Asegurado en Póliza N°

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 N° de documento Estado civil Fecha de nacimiento

Domicilio CPA Tel

Localidad Provincia País

Conductor habitual del vehículo? Si  No  Registro N° Vencimiento

### 7- Datos del otro vehículo (2)

Propietario	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento			
Domicilio	CPA					
Localidad	Provincia	País				
Teléfono	Celular	e-mail				
Marca	Modelo	Tipo				
Dominio	Año	N° de motor	N° de chasis			
Uso de vehículo	Particular <input type="checkbox"/>	Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Taxi o remis <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicios de urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>
Asegurado en	Póliza N°					
Detalle los daños del vehículo						

Examen de alcoholemia del conductor	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 8)	No <input type="checkbox"/>	(Completar la información que sigue)
Conductor			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de documento	Estado civil		Fecha de nacimiento	
Domicilio	CPA	Tel		
Localidad	Provincia	País		
Conductor habitual del vehículo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Registro N°	Vencimiento

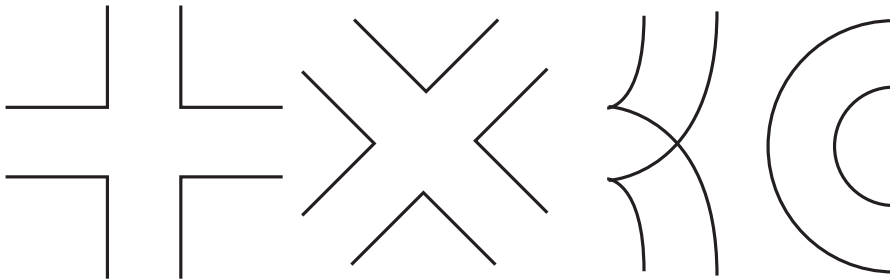
### 8- Daños materiales a cosas

Propietario	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento	
Domicilio	CPA		Tel	
Localidad	Provincia	País		
Detalles los daños				

### 9- Características del siniestro

Tipo de accidente	Frontal <input type="checkbox"/>	Posterior <input type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	En cadena <input type="checkbox"/>	Vuelco <input type="checkbox"/>	Desplazamiento <input type="checkbox"/>	
	Inmersión <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Explosión <input type="checkbox"/>	Daño c/ la carga <input type="checkbox"/>			
En autopista <input type="checkbox"/>	En calle <input type="checkbox"/>	En avenida <input type="checkbox"/>	En curva <input type="checkbox"/>	En pendiente <input type="checkbox"/>	En túnel <input type="checkbox"/>	Sobre puente <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Colisión con	Peaton <input type="checkbox"/>	Vehículo <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Edificio <input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/>	Animal <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

CROQUIS



Indique en el croquis:

- Las líneas válidas correspondientes.
- El nombre de calles.
- Lugar de salida.
- Lugar de destino.
- Ubicación del testigo.

Dibuje el Asegurado con un recuadro vacío.  
Dibuje el Tercero con un recuadro lleno.

Detalles del siniestro		

### 10- Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar	Fecha	Hora
-------	-------	------

#### En siniestros con lesiones completar anexo II

Indicar con una X si el denunciante es el Asegurado  Conductor  Apoderado

Firma	Aclaración
-------	------------

**Automotores / Denuncia de siniestro - Anexo II**

**Aseguradora: Antártida Compañía Argentina de Seguros S.A. Póliza N°**

**Siniestro N°**

**Lesiones a terceros (1)**

Nombre y apellido	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento
Domicilio	CPA		
Localidad	Provincia	País	
Teléfono	Celular	e-mail	
Estado civil	Fecha de nacimiento		
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>
Centro asistencial			

**Lesiones a terceros (2)**

Nombre y apellido	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento
Domicilio	CPA		
Localidad	Provincia	País	
Teléfono	Celular	e-mail	
Estado civil	Fecha de nacimiento		
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>
Centro asistencial			

**Lesiones a terceros (3)**

Nombre y apellido	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento
Domicilio	CPA		
Localidad	Provincia	País	
Teléfono	Celular	e-mail	
Estado civil	Fecha de nacimiento		
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>
Centro asistencial			

**Lesiones a terceros (4)**

Nombre y apellido	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento
Domicilio	CPA		
Localidad	Provincia	País	
Teléfono	Celular	e-mail	
Estado civil	Fecha de nacimiento		
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>
Centro asistencial			

**Lesiones a terceros (5)**

Nombre y apellido	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° de documento
Domicilio	CPA		
Localidad	Provincia	País	
Teléfono	Celular	e-mail	
Estado civil	Fecha de nacimiento		
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>
Centro asistencial			

Firma

Aclaración

DNI