



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
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

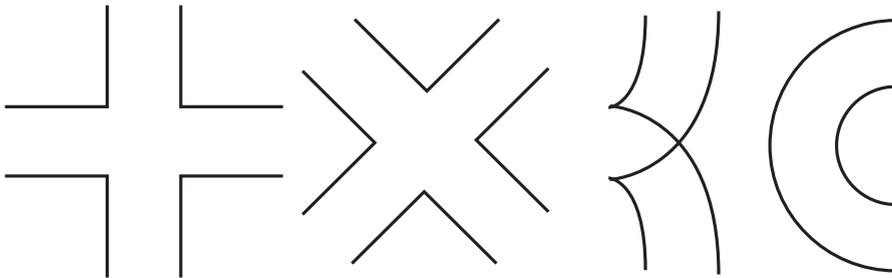
8- Daños materiales a cosas

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 tunel	<input type="checkbox"/>	Sobre puente	<input type="checkbox"/>	Otro
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		

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