

\*Aseguradora: \_\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_ Sinistro N° \_\_\_\_\_

### 1. FECHA DEL SINIESTRO (\*)

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Hora \_\_\_\_\_

### 2. LUGAR DEL SINIESTRO (\*)

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Intersección de / Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Ruta N° \_\_\_\_\_ Km \_\_\_\_\_ Nacional \_\_\_\_\_ Provincial \_\_\_\_\_ Cruce con ruta N° \_\_\_\_\_

### 3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### 4. DATOS DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre y Apellido o Razón Social \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

En caso de coincidir el Asegurado con el Conductor, no deberá completarse el presente punto.-

### 5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO (\*)

Marca \_\_\_\_\_ Modelo (optativo) \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ Dominio \_\_\_\_\_

Para el caso de existir otro vehículo involucrado, se deberán completar nuevamente los puntos 3, 4 y 5

### 6. DATOS DEL DAMNIFICADO (En caso de Sepelio) (\*)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Relación con el asegurado (Marcar con una X)	Conductor otro vehículo	_____
	Pasajero vehículo asegurado	_____
	Pasajero en otro vehículo	_____
	Peatón	_____

### 7. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (En caso de Sepelio)

Se deberá presentar:

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito.
2. D.N.I del reclamante.
3. Certificado de defunción original o copia certificada del mismo.
4. Comprobante original de los gastos realizados por el sepelio.

## 8. DATOS DEL DAMNIFICADO (En caso de Gastos Sanatoriales) (\*)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado (Marcar con una X)      Conductor otro vehículo \_\_\_\_\_  
Pasajero vehículo asegurado \_\_\_\_\_  
Pasajero en otro vehículo \_\_\_\_\_  
Peatón \_\_\_\_\_

## 9. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (En caso de Gastos Sanatoriales)

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito.
2. Copia de Documento Nacional de Identidad de la víctima.
3. Documentación que acredite la calidad de tercero subrogante de los derechos de la víctima (en caso de corresponder).
4. Certificado médico expedido por el médico tratante.
5. Comprobantes originales de pago de gastos sanatoriales que acrediten el costo de los gastos médicos en que se haya incurrido para tratamiento de la víctima.

## 10. DATOS DEL DENUNCIANTE (\*)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Vínculo con el damnificado \_\_\_\_\_

## 11. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.

Lugar \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Aclaración \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

Llene todos los campos que están marcados como obligatorios. En caso de no contar con los datos requeridos por el presente formulario, se solicita completar con los datos con que se cuente.

### \*Datos obligatorios