Denuncia de Siniestro Automotores

San Cristóbal SEGUROS

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:**

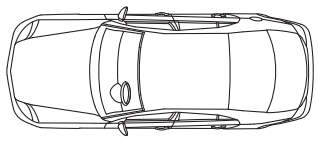
2 Datos del Vehículo Asegurado

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:** Parcial ☐ Total ☐		**Estado barrera:**
Semáforo: SI ☐ NO ☐ **Funciona:** SI ☐ NO ☐ Intermitente ☐		**Color:**
Tipo de calzada:	**Estado de calzada:**	

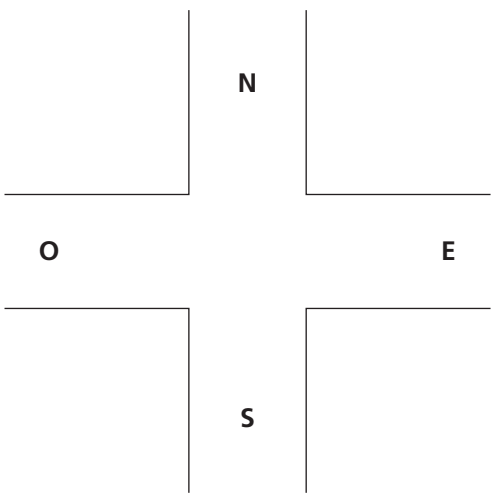
5 Características del Siniestro

Tipo de Accidente: Frontal ☐ Posterior ☐ Lateral ☐ En Cadena ☐ Vuelco ☐ Desplazamiento ☐
Inmersión ☐ Incendio ☐ Explosión ☐ Daño con la carga ☐

En Autopista ☐ En Calle ☐ Avenida ☐ En Curva ☐ En Pendiente ☐ En Túnel ☐
Sobre Puente ☐ Otro: _____

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

CROQUIS



Detalles del siniestro: _____

Continúa

6 Datos del Conductor del Vehículo Asegurado

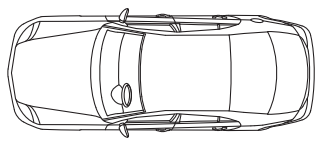
Nombre y Apellido:			**Género:** F ☐ M ☐
Tip Nº de Documento:	**Profesión:**		**Teléfono:**
Domicilio:			**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**		**País.:**
Estado Civil:			**Fecha de Nacimiento:** / /
Exámen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐		**Conductor habitual del vehículo:** SI ☐ NO ☐	
Registro Nº:	**Categoría:**	**Expendido 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 ☐ Transporte Público ☐ 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)

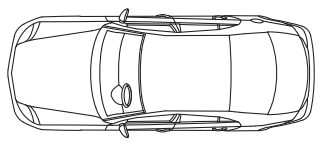
Conductor:		**Género:** F ☐ M ☐
Tipo y Nº de Documento:		**Teléfono:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País.:**
Estado Civil:		**Fecha de Nacimiento:** / /
Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐	**Registro Nº:**	**Vencimiento:** / /

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 ☐ Transporte Público ☐ 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:**
Domicilio:		**C.P.:**
Localidad:	**Provincia:**	**País.:**
Estado Civil:		**Fecha de Nacimiento:** / /
Conductor habitual del vehículo: SI ☐ NO ☐	**Registro Nº:**	**Vencimiento:** / /

8 Daños Materiales a Cosas

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

Detalle los daños: _____

Denuncia de Siniestro Automotores

San Cristóbal SEGUROS

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 ☐		**Exámen 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 ☐		**Exámen 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 consigan 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
	no cubre daños parciales al mismo.
Firma Asegurado:	
Aclaración Asegurado:	Firma del Asegurado