



Av. Independencia 333 - 2322 SUNCHALES (SF)
Tel. (03493) 428500 - Fax. (03493) 420979
E-mail: ccentral@sancorseguros.com

DENUNCIA DE SINIESTRO

Este formulario requiere la información mínima y obligatoria solicitada por la Circular N° 3743 y la Resolución N° 30506 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

SELLO FECHA DE ENTRADA DENUNCIA
CASA CENTRAL, SUCURSAL CAPITAL FEDERAL Y SEDES

AUTOMOTORES

Siniestro

Referencia: _____ Póliza N°: _____ Certificado N°: _____

DENUNCIA DE SINIESTRO: El asegurado comunicará el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado. (Cláusula 4 y 23 de las Condiciones Generales de la póliza. Arts. 46, 47 y 115 Ley de Seguros N°: 17418).

1. FECHA DEL SINIESTRO

ESTADO DEL TIEMPO

Fecha: ___/___/___ Hora: _____ Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad: _____ Partido o Departamento: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____

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. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: en cadena vuelco desplazamiento inmersión incendio explosión daño o la carga

en autopista en calle en avenida en ruta en bocacalle en túnel sobre puente

en pendiente en curva Otro: _____

Colisión con: peatón vehículo transp. públ. edificio columna animal Otro: _____

4. DETALLES DEL SINIESTRO

CROQUIS

FORMA DE OCURENCIA

| | | | |
|---|---|--|--|
| N | | | |
| O | E | | |
| S | | | |

INTERVINO AUT. POLICIAL?: SI NO INDICAR COMISARÍA: _____ SE LABRÓ SUMARIO?: SI NO

5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Tipo: _____ Marca y Modelo: _____ Año: _____

Dominio: _____ N° Motor: _____ N° Chasis: _____

Uso del 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

Cristales

Daños del vehículo: frontal posterior lateral Alarma SI NO

Detalle de los daños: _____

INFORMACION PARA EL INTERMEDIARIO SINIESTRO N°:

EN CASO DE REQUERIR LA DEVOLUCIÓN DEL PRESENTE CUPÓN, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS

ZONA: ORGANIZADOR N°: PRODUCTOR N°: CLIENTE N°:

REFERENCIA: POLIZA N°:

FECHA OCURENCIA: ___/___/___ NOMBRE: _____

F. 2/5 - 30.000 06/05 (7) C.M.O.S.

6. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social: _____
Tipo y Nº documento o CUIT: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

7. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: _____ Género: F M
Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___
Examen de alcoholemia: SI NO Se negó
Conductor habitual del vehículo? SI NO
Es el propio asegurado?: SI NO Relación con el asegurado: _____
Registro Nº: _____ Vencimiento: ___ / ___ / ___ Expedido por: _____
Categoría del Registro: Particular Carga Profesional Motocicleta

8. TESTIGOS

Testigo (1): _____ Tipo y Nº Documento: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Teléfono: _____
Testigo (2): _____ Tipo y Nº Documento: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Teléfono: _____

9. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario: _____ Género: F M
Tipo y Nº documento: _____ CUIT: - - Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Relación con: Asegurado: _____
Conductor vehículo asegurado: _____

| Familiar | vecino | Amigo | otros | ninguna |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es asegurado de Sancor indicar Nº Póliza: _____ Aseguradora: _____
Tipo de vehículo: _____ Modelo y Marca: _____ Color: _____ Año: _____

Dominio: _____ Nº Motor: _____ Nº Chasis: _____
Uso del vehículo: particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad
Daños del vehículo: frontal posterior lateral Detalle: _____

Examen de alcoholemia del conductor: SI NO Se negó
El conductor es el propietario?: SI NO
Conductor: _____ Género: F M
Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Relación con: Asegurado: _____
Conductor vehículo asegurado: _____

| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro Nº: _____ Vencimiento: ___ / ___ / ___

10. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario: _____ Género F M
Tipo y Nº documento: _____ CUIT: - - Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P. _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Relación con: Asegurado:
Conductor vehículo asegurado:

| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es asegurado de Sancor indicar Nº Póliza: _____ Aseguradora: _____
Tipo de vehículo: _____ Modelo y Marca: _____ Color: _____ Año: _____

Dominio: _____ Nº Motor: _____ Nº chasis: _____
Uso del vehículo: particular comercial o carga taxi o remis transporte público servicios de urgencia fuerzas de seguridad
Daños del vehículo: frontal posterior lateral Detalle: _____

Examen de alcoholemia del conductor: SI NO Se negó

El conductor es el propietario? SI NO
Conductor: _____ Género: F M

Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Relación con: Asegurado:
Conductor vehículo asegurado:

| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro Nº: _____ Vencimiento: __/__/__

F. 2/5 - 30.000 06/05 (7) C.M.O.S.

11. DAÑOS MATERIALES A COSAS (a propiedades, puentes, alcantarillas, postes, alambrados, etc.)

Propietario: _____ Género F M
Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Detalle los daños: _____

LESIONES

12. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido: _____ Género F M
Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ C.P. _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

Relación con: Asegurado:
Conductor vehículo asegurado:

| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal
Examen de alcoholemia: SI NO Se negó
Quién le prestó la 1ª atención?: _____
Quién lo derivó al Centro Asistencial?: _____
Centro Asistencial: _____

13. LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido: _____ Género F M

Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
 Pasajero otro vehículo Peatón

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Relación con: Asegurado: _____
 Conductor vehículo asegurado: _____

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia: SI NO Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: _____

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: _____

Centro Asistencial: _____

14. LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido: _____ Género F M

Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
 Pasajero otro vehículo Peatón

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Relación con: Asegurado: _____
 Conductor vehículo asegurado: _____

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia: SI NO Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: _____

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: _____

Centro Asistencial: _____

15. LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido: _____ Género F M

Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
 Pasajero otro vehículo Peatón

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| familiar | vecino | amigo | otros | ninguna |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Relación con: Asegurado: _____
 Conductor vehículo asegurado: _____

Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia: SI NO Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: _____

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: _____

Centro Asistencial: _____

16. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI NO

En caso de no serlo, indicar en que carácter realiza la denuncia: _____

Nombre y Apellido: _____ Género F M

Tipo y Nº documento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

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

Lugar: _____ Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Hora: _____ Aclaración: _____