

## DENUNCIA DEL SINIESTRO

### SECCION AUTOMOTORES

**RECOMENDACIONES:**

Presente con este formulario la Denuncia Policial y el Registro de Conductor dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente. EN CASO DE EXISTIR LESIONADOS COMUNICARSE DE INMEDIATO CON LA COMPAÑIA.

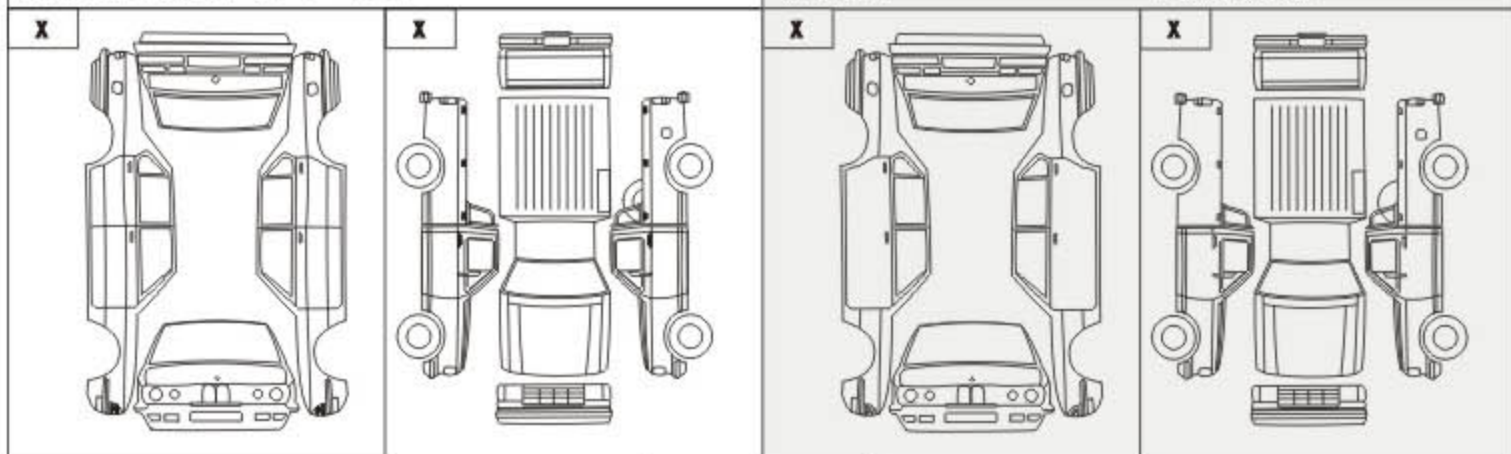
SINIESTRO Nº \_\_\_\_\_ POLIZA Nº \_\_\_\_\_ Fecha de Ocurrida \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Lugar y Pto. del hecho: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Pcia.: \_\_\_\_\_

Se hizo denuncia en la policía SI  NO  Comisaría Nº \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Hubo actuación judicial SI  NO  Juzgado Nº \_\_\_\_\_ Causa Nº: \_\_\_\_\_

ASEGURADO	TERCERO
Sr.: _____ D.N.I.: _____ Tel.: _____ Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Prov.: _____	Sr.: _____ D.N.I.: _____ Tel.: _____ Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Prov.: _____

CONDUCTOR	
Sr.: _____ Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ Edad: _____ E. Civil: _____ Nac.: _____ Profesión: _____ Sexo: _____ Lic. de Conductor Nº: _____ Categ.: _____ Expedida por: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____ Relación con el Asegurado: _____	Sr.: _____ Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ Edad: _____ E. Civil: _____ Nac.: _____ Profesión: _____ Sexo: _____ Lic. de Conductor Nº: _____ Categ.: _____ Expedida por: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____ Relación con el Propietario: _____

VEHICULO	
Marca: _____ Modelo: _____ Patente: _____ Año: _____ Motor Nº: _____ Color: _____ Antirrobo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cristales Grabados: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi vehículo tiene uso: _____ Posible Destrucción Total: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Marca: _____ Modelo: _____ Patente: _____ Año: _____ Motor Nº: _____ Color: _____ Uso: _____ Asegurado en: _____ Nº de Póliza: _____ Fecha de Vigencia: _____



DAÑOS DEL VEHICULO
Marcar (X) y detallar: _____ _____ _____ _____

Daños a Personas SI  NO  (en caso afirmativo completar al dorso)

Nombre: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha Inspección: ____ / ____ / ____	<b>Taller de Reparar.</b>	Nombre: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha Inspección: ____ / ____ / ____
--	---------------------------	--

USO INTERNO DE LA CÍA.	
Cobertura <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> s/DP <input type="checkbox"/> s/DT <input type="checkbox"/> RC Franquicia <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> SIN Observaciones: _____ _____	RECIBIDO POR: (con sello de recepción)

