



# PROVIDENCIA

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

(antes denominada Generali Argentina Compañía de Seguros S.A., en trámite de inscripción ante organismos de control).

SEGURO DE AUTOMOTORES

## DENUNCIA DE SINIESTRO

**IMPORTANTE:** En caso de siniestro realice la denuncia en la Compañía dentro de los 3 primeros días de ocurrido el hecho, enviando el presente formulario por fax al (5411) 4857-7946 Int. 7945/ 7984. La compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

### DATOS GENERALES

Póliza N° \_\_\_\_\_ Siniestro N° \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado/ Razón Social \_\_\_\_\_

Tipo y N° Doc. \_\_\_\_\_ Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Registro N° \_\_\_\_\_

Categoría \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_ Expendido por \_\_\_\_\_

Vehículo: Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ N° de Motor \_\_\_\_\_

N° Chasis \_\_\_\_\_ N° de Dominio \_\_\_\_\_

Uso del vehículo: Particular  Comercial o carga  Transporte público  Cobertura afectada: Robo: parcial  Incendio: parcial  Daño: parcial

Taxi o remis  Servicios de urgencia  Fuerzas de seguridad  total  total  total

### DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Tipo y N° Doc. \_\_\_\_\_

CUIT \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Registro N° \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_

Expendido por \_\_\_\_\_ Examen de alcoholemia: Sí  No  Se negó

¿Es el conductor habitual del vehículo? Sí  No  Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SINIESTRO N°

Fecha del siniestro \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Intersección de/ entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Ruta N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Nacional  Provincial  Cruce con ruta N° \_\_\_\_\_ ¿Cruce señalizado? Sí  No

Cruce tren \_\_\_\_\_ Barrera: Sí  No  Estado barrera \_\_\_\_\_ ¿Cruce señalizado? Sí  No

Semáforo: Sí  No  ¿Funciona? Sí  No  Intermitente: Sí  No  Color \_\_\_\_\_

Km/h al momento del accidente \_\_\_\_\_ Estado del tiempo: Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve

Tipo de calzada \_\_\_\_\_ Estadoo calzada \_\_\_\_\_

Tipo de Accidente: Frontal  Posterior  Lateral  En cadena  Vuelco  Desplazamiento

Inmersión  Incendio  Explosión  Daño con la carga  En autopista  En la calle

En Avenida  En curva  En túnel  Sobre puente  Otro \_\_\_\_\_

Colisión con: Peatón  Vehículo  Edificio  Columna  Animal  Otro

Intervención policial: Sí  No  Indicar seccional/ comisería/ Juzgado y N° de folio/ Acta \_\_\_\_\_

Fuero \_\_\_\_\_ Secretaría \_\_\_\_\_

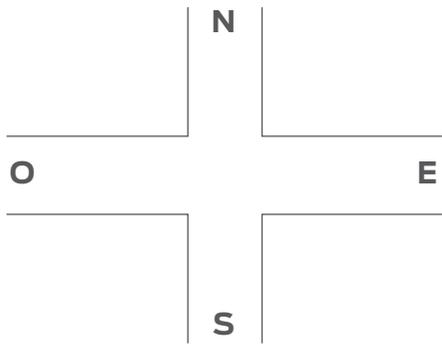
Forma en que ocurrió: \_\_\_\_\_

Consecuencias \_\_\_\_\_

Monto aproximado de los daños \_\_\_\_\_ Talleres de reparaciones \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Indicar la fecha de inspección \_\_\_\_\_

**GRÁFICO DEL ACCIDENTE**



**TESTIGOS (completar en caso que corresponda)**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_

**DATOS DEL OTRO VEHICULO**

Propietario \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Vehículo: Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº Motor \_\_\_\_\_  
 Nº Chasis \_\_\_\_\_ Nº de Dominio \_\_\_\_\_  
 Uso del vehículo: Particular  Comercial o carga  Transporte público  Taxi o remis  Servicios de urgencia  Fuerzas de seguridad   
 Detalle de los daños: \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor: Sí  No  Se negó  El conductor es propietario: Sí  No  (en este caso completar la información que sigue)  
 Conductor \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí  No   
 Registro Nº \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_

Propietario \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Vehículo: Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº Motor \_\_\_\_\_  
 Nº Chasis \_\_\_\_\_ Nº de Dominio \_\_\_\_\_  
 Uso del Vehículo: \_\_\_\_\_  
 Detalle de los daños: \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor: Sí  No  Se negó  El conductor es propietario: Sí  No  (en este caso completar la información que sigue)  
 Conductor \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí  No   
 Registro Nº \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_

**DAÑOS MATERIALES A COSAS**

Propietario \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Detalle de los daños: \_\_\_\_\_

**LESIONES A TERCEROS**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Tipo de lesiones: Leves  Graves (con internación)  Mortal  Examen de alcoholemia Si  No  Se negó   
 Centro asistencial \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Tipo de lesiones: Leves  Graves (con internación)  Mortal  Examen de alcoholemia Si  No  Se negó   
 Centro asistencial \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**DATOS DEL DENUNCIANTE**

Es el conductor o asegurado: SI  NO  (en este caso completar la información que sigue)  
 Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.  
 Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hs  
 Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_