



RIO URUGUAY
SEGUROS®
COOPERATIVA LIMITADA

Congreso de Tucumán 21 - Concepción del Uruguay
Teléfonos 03442-420200 (líneas rotativas) Fax 420250-420251
INSCRIPCIONES: Sup de Seg. de la Nación 360

DENUNCIA DEL SINIESTRO Sección Automotores

DEBE SER PRESENTADA A LA COOPERATIVA DENTRO DE LOS 3 DIAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE O 48 HORAS EN CASO DE LESIONES (ART. 8° COND. GENERALES)

Póliza 4 N° Siniestro

1- SINIESTRO

Fecha Siniestro Hora Diurno Nocturno Estado Tiempo
Patente: Fecha Denuncia Fecha Recepción
Hechos Generadores

2- DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social: Sexo F ☐ M ☐
DNI/CUIT: Estado Civil Fecha Nacimiento:
Domicilio: C.P. Localidad: Pais
Denunciante Asegurado ☐ Conductor ☐ Otro ☐
Forma Comunicación

3- DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Patente Tipo Marca Modelo
Versión Año Color Cant. Pers. Transportadas
N° Motor N° Chasis Uso Vehículo
Detalle daños del vehículo
Lugar de Guarda Localidad de Guarda C.P.
Provincia País
¿Tiene Conductor? Si ☐ No ☐ ¿Es el Asegurado? Si ☐ No ☐
Otros Datos

4- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido DNI/CUIT:
Sexo F M Estado Civil Fecha Nacimiento:
Domicilio: C.P. Localidad:
Provincia País Forma de Comunicación
Registro N° Categoría Esp. Por Vto
Examen Alcoholemia Si ☐ NO ☐ Se negó Conductor Habitual del Vehículo Si ☐ NO ☐
Relación con

5- LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad C.P.
Calle Altura Intersección con/Entre y
Ruta N° Km Nacional ☐ Provincial ☐ Cruce con Ruta N° Cruce Señalizado Si ☐ No ☐
Cruce Tren Si ☐ No ☐ Barrera Si ☐ No ☐ Estado Barrera
Semáforo Si ☐ No ☐ Funciona Si ☐ No ☐ Color Intermitente Si ☐ No ☐
Tipo Calzada Estado Calzada

6- CARACTERISTAS DEL SINIESTRO

Tipo Accidente Colisión En Colisión Con
Servicio de Grúa Si ☐ No ☐ Nombre Teléfono
Emergencia Médica Si ☐ No ☐ Empresa Médica Teléfono Pública ☐ Privada ☐
Centro Asistencial Si ☐ No ☐ Nombre Teléfono Pública ☐ Privada ☐
Inicia Reclamo al Tercero Si ☐ No ☐
Descripción Siniestro

CROQUIS DEL SINIESTRO

REMARCAR LINEAS VALIDAS - PONER NOMBRES A CALLES



Vehículo del Asegurado



Vehículo del Reclamante



Otros Vehículos relacionados



Sentido de circulación de la calle, Simple o Doble mano



Trayectoria antes del choque



Trayectoria después del choque



Huellas de frenada



Señalar zona de Impacto



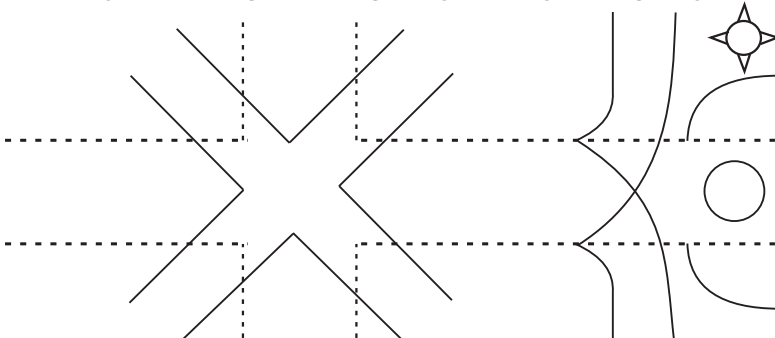
Líneas de centro de la calle



Cartel de PARE
Contramano
u otros, indicar



Arbol, poste ú otro
indicar



7- INDIQUE SI HUBO INTERVENCIÓN

Municipal Si ☐ No ☐ Policial Si ☐ No ☐ Comisaría N° Folio/Acta
Causa Penal Si ☐ No ☐ N° Juzgado N° Secretaría Dpto Judicial

8- VEHÍCULO DE TERCEROS

8.1 Patente Marca Modelo Asegurado en:

Detalle de Daños:

Propietario: Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia.....

Conductor: Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia.....

8.2 Patente Marca Modelo Asegurado en:

Detalle de Daños:

Propietario: Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia.....

Conductor: Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia.....

9- LESIONADOS

9.1 Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia

Tipo de lesión: Leves ☐ Medio Graves ☐ Graves ☐ Extremadamente Graves ☐ Fallecidos ☐

Condición: Transportado ☐ No transportado ☐

9.2 Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia

Tipo de lesión: leves Medio Graves Graves Extremadamente Graves Fallecidos

Condición: Transportado No transportado

9.3 Apellido y Nombre DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia

Tipo de lesión: Leves ☐ Medio Graves ☐ Graves ☐ Extremadamente Graves ☐ Fallecidos ☐

Condición: Transportado ☐ No transportado ☐

10- BIENES O COSAS

Propietario: DNI

Domicilio: Teléfono C.P. Localidad Provincia

Ubicación del bien dañado: Localidad

Detalle de los daños

11- TESTIGOS

Nombre y Apellido DNI/CUIT:

Sexo F ☐ M ☐ Estado Civil Fecha Nacimiento:

Domicilio: C.P. Localidad:

Provincia País Forma de Comunicación

Relación con

Nombre y Apellido DNI/CUIT:

Sexo F ☐ M ☐ Estado Civil Fecha Nacimiento:

Domicilio: C.P. Localidad:

Provincia País Forma de Comunicación

Relación con

12- DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombre y Apellido DNI/CUIT:

Sexo F ☐ M ☐ Estado Civil Fecha Nacimiento:

Domicilio: C.P. Localidad:

Provincia País Forma de Comunicación

Relación con

Declaro bajo juramento y circunstancia expresados en la presente denuncia son exactos. Declaro asimismo, desconocer las circunstancias no consignadas como que asumo el compromiso de hacerle saber a la Aseguradora en caso de llegar a mi conocimiento.

IMPORTANTE

El asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción sin la anuencia escrita del asegurador (Cláusula 7 Cond. Generales de la Póliza Art. 110 Ley de Seguros Nro 17.418)

Lugar

Fecha/...../..... Hora

DENUNCIA DEL SINIESTRO

El asegurado comunicará al asegurador 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 Póliza - Arts 46,47 y 115 Ley de Seguros Nro 17.418

Firma Aclaración