

Aseguradora \_\_\_\_\_ Filial N° \_\_\_\_\_

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

## Datos del Siniestro

**Fecha del Siniestro:** \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Estado del tiempo**  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve

**Lugar del hecho:** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Intersección de/entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Ruta N° \_\_\_\_\_ KM \_\_\_\_\_  Nac.  Prov.

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 de calzada \_\_\_\_\_

Tipo de Accidente	Lugar	Colisión con
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> En autopista	<input type="checkbox"/> Peatón
<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> En calle	<input type="checkbox"/> Animal
<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> En avenida	<input type="checkbox"/> Vehículo
<input type="checkbox"/> Vuelco	<input type="checkbox"/> En curva	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Daño con la carga	<input type="checkbox"/> En pendiente	<input type="checkbox"/> Columna
<input type="checkbox"/> Desplazamiento	<input type="checkbox"/> Sobre puente	<input type="checkbox"/> Transporte público
<input type="checkbox"/> Inmersión	<input type="checkbox"/> En tunel	<input type="checkbox"/> Edificio
<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Asegurado**

Apellido y Nombres/Razón Social: \_\_\_\_\_

Genero:  F  M Tipo y N° Doc.: \_\_\_\_\_

Ident. Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

C.P.: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Conductor del vehículo asegurado** (Adicionar fotocopia del Registro)

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

C.P.: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Registro N°: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

¿Conductor habitual del vehículo?  SI  NO

¿Es el propio Asegurado?  SI  NO

Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Exámen de alcoholemia:  SI  NO  Se negó

**Vehículo asegurado**

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

Tipo: \_\_\_\_\_ Dominio: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Motor N°: \_\_\_\_\_

Chasis N°: \_\_\_\_\_

Adjuntar copia de la Cédula Verde/Cédula Azul ó Título de Propiedad Automotor

**Uso del vehículo**  Particular  Comercial o carga  Serv. de Urgencia  
 Trabajo de riesgo  Taxi o remis  Transp. público  Fzas. de Seguridad

**Tercero**

Propietario: \_\_\_\_\_

Genero:  F  M Tipo y Nro Doc.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

C.P.: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Conductor del vehículo tercero**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

C.P.: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Registro N°: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

¿Conductor habitual del vehículo?  SI  NO

Exámen de alcoholemia:  SI  NO  Se negó

**Vehículo tercero**

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

Tipo: \_\_\_\_\_ Dominio: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Motor N°: \_\_\_\_\_

Chasis N°: \_\_\_\_\_

Asegurado en: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_

**Uso del vehículo**  Particular  Comercial o carga  Serv. de Urgencia  
 Taxi o remis  Transp. público  Fzas. de Seguridad



## Testigos

Apellido y Nombres	Domicilio	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Daños materiales a cosas

Propietario: \_\_\_\_\_ Sexo: F M Tipo y Nro Doc.: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Detalles de daños: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Responder adicionalmente:

(1) a) ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el vehículo? \_\_\_\_\_

b) ¿Hay testigos que lo vieron con el vehículo en cuestión ese día?  SI  NO

c) ¿Posee dispositivo de alarma y/o rastreo vehicular?  SI  NO

d) En caso afirmativo ¿Dio aviso al sistema de localización vehicular?  SI  NO

e) ¿Realizó la denuncia policial?  SI  NO

Comisaría interviniente \_\_\_\_\_

f) Al momento del evento, ¿donde se encontraba la llave de la unidad y en poder de quién?  
\_\_\_\_\_

g) ¿Existen en el lugar del hecho cámaras de seguridad?  SI  NO

(2) a) ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el vehículo? \_\_\_\_\_

b) ¿Hay testigos del evento?  SI  NO - Cite uno \_\_\_\_\_

c) ¿Realizó la denuncia policial?  SI  NO

Comisaría interviniente \_\_\_\_\_

d) Al momento del evento, ¿donde se encontraba la llave de la unidad y en poder de quién?  
\_\_\_\_\_

e) ¿Cómo se las arregló sin los elementos robados? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) ¿Utilizó algún servicio mecánico o grúa?  SI  NO

g) ¿Llamó a nuestro servicio de asistencia?  SI  NO

h) ¿Existen en el lugar del hecho cámaras de seguridad?  SI  NO

(3) a) ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el vehículo? \_\_\_\_\_

b) ¿Hay testigos del evento?  SI  NO

c) ¿Cuándo fue la última vez que realizó un servicio técnico a su vehículo? Indicar lugar y fecha  
\_\_\_\_\_

d) ¿Realizó la denuncia en Bomberos o Policía?  SI  NO

e) ¿Pudieron realizar alguna acción para aminorar o detener el evento?  SI  NO

Detallar \_\_\_\_\_

f) ¿Existen en el lugar del hecho cámaras de video o seguridad?  SI  NO

(4) En ocasión de CHOQUE Y/O COLISIÓN

a) ¿Qué hacía en el lugar donde sucedió el siniestro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) ¿De donde venía y hacia donde se dirigía? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) ¿Conoce a la persona que chocó / lo chocó?  SI  NO

d) ¿Tiene testigos del hecho?  SI  NO

e) ¿Intervino la autoridad policial?  SI  NO

f) ¿Utilizó algún servicio mecánico o grúa?  SI  NO

g) ¿Llamó a nuestro servicio de asistencia?  SI  NO

h) ¿Existen en el lugar del hecho cámaras de seguridad?  SI  NO

### Importante

Se recuerda la obligatoriedad de integrar en su totalidad el presente informe, caso contrario se procederá a devolver la presente solicitud para su debida cumplimentación. SEGURCOOP. C.S.L. se reserva el derecho a inspeccionar la unidad siniestrada. En dicho caso disponer los respectivos datos de contacto para la realización de la misma. En caso de imposibilidad técnica, deberá aportar los elementos y/o documentos para suplir la inspección

**La presente denuncia debe ser remitida a Segurcoop C.S.L., y/o a la filial del Banco Credicoop C.L. que la recibirá en su calidad de Agente Institorio. Asimismo puede ser adelantada por fax al número (011) 5371-6793 o por correo electrónico a la dirección siniestros@segurcoop.coop, a fin de que la aseguradora tome inmediato conocimiento del suceso. En todos los casos el emisor es responsable por la veracidad de los datos contenidos en el formulario, que reviste la calidad de declaración jurada.**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración

**Lesiones de Terceros**

¿Hubo lesiones a Terceros?  SI  NO (En caso afirmativo, complete los siguientes datos)

**Detalle de Terceros afectados**

(1) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ubicación del Lesionado:  Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado  Pasajero otro vehículo  Peatón

Relación con el Asegurado o Conductor:  Sin relación  Amigo  Pariente. Detallar: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones:  Leves  Graves (con internación)  Mortal Examen de alcoholemia:  SI  NO  Se negó

Centro Asistencial: \_\_\_\_\_

(2) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ubicación del Lesionado:  Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado  Pasajero otro vehículo  Peatón

Relación con el Asegurado o Conductor:  Sin relación  Amigo  Pariente. Detallar: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones:  Leves  Graves (con internación)  Mortal Examen de alcoholemia:  SI  NO  Se negó

Centro Asistencial: \_\_\_\_\_

(3) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ubicación del Lesionado:  Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado  Pasajero otro vehículo  Peatón

Relación con el Asegurado o Conductor:  Sin relación  Amigo  Pariente. Detallar: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones:  Leves  Graves (con internación)  Mortal Examen de alcoholemia:  SI  NO  Se negó

Centro Asistencial: \_\_\_\_\_

(4) Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ubicación del Lesionado:  Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado  Pasajero otro vehículo  Peatón

Relación con el Asegurado o Conductor:  Sin relación  Amigo  Pariente. Detallar: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones:  Leves  Graves (con internación)  Mortal Examen de alcoholemia:  SI  NO  Se negó

Centro Asistencial: \_\_\_\_\_

**La presente denuncia debe ser remitida a Segurcoop C.S.L., y/o a la filial del Banco Credicoop C.L. que la recibirá en su calidad de Agente Institorio. Asimismo puede ser adelantada por fax al número (011) 5371-6793 o por correo electrónico a la dirección siniestros@segurcoop.coop, a fin de que la aseguradora tome inmediato conocimiento del suceso. En todos los casos el emisor es responsable por la veracidad de los datos contenidos en el formulario, que reviste la calidad de declaración jurada.**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración