

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
☐ Lateral ☐ Daño con la carga ☐ Incendio	☐ En autopista ☐ En pendiente	☐ Peatón ☐ Columna
☐ Frontal ☐ Desplazamiento ☐ Inmersión	☐ En calle ☐ Sobre puente	☐ Animal ☐ Transporte público
☐ Posterior ☐ En cadena ☐ Explosión	☐ En avenida ☐ En tunel	☐ Vehículo ☐ Edificio
☐ Vuelco	☐ En curva ☐ Otro: _____	☐ 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

Cobertura afectada (Responder adicionalmente próxima hoja)**ROBO** ☐ Total (1) ☐ Parcial (2) **INCENDIO** (3) ☐ Total ☐ Parcial **DAÑO** (4) ☐ Total ☐ Parcial ☐ Todo Riesgo

Durante, e inmediatamente después del siniestro:

- Si hubo una persona lesionada ¿Cómo fue transportada al hospital? _____

- ¿Vino la ambulancia? _____

- ¿Intervino la policía; bomberos y/o defensa civil? _____

- Tiene medicina prepaga, obra social o aseguradora de riesgos de trabajo? _____

Coordinar inspección al teléfono: _____**Daños del vehículo asegurado****Detallar:** _____

Daños del vehículo tercero**Detallar:** _____

Otros vehículos de terceros involucradosApe. y Nom. (2): _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Tipo y N° de Doc.: _____ Edad: _____

Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: _____

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 SeguridadApe. y Nom. (3): _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Tipo y N° de Doc.: _____ Edad: _____

Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: _____

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**Daños del vehículo tercero****Detallar:** _____

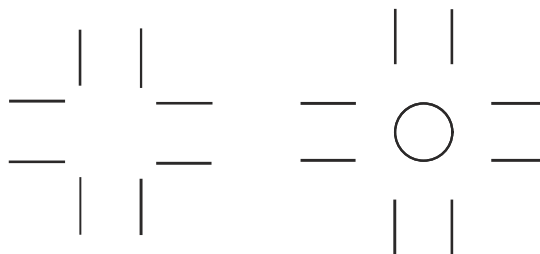
Daños del vehículo tercero**Detallar:** _____

Datos del Denunciante¿Es el propio Asegurado? ☐ SI ☐ NO (Si Ud. no es el Asegurado, completar la siguiente información) - Relación con el Asegurado: _____Apellido y Nombres: _____ Género ☐ F ☐ M - Tipo y N° de Doc.: _____

Tel.: (_____) _____ Domicilio: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ C.P. _____ País: _____

Detalles del Siniestro:

Croquis (Detalles del siniestro - Cumplimentación obligatoria)

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 ultima 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 ultima 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 ultima 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 sautomotores@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 sautomotores@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