SWISS MEDICAL SEGUROS

Denuncia del siniestro - Sección 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.

Aseguradora: _____ Siniestro N°: _____ Póliza N°: _____

¿Se hizo denuncia en la policía?: SÍ☐ NO☐. Comisaría N°: _____ Localidad: _____
Hubo actuación judicial?: SÍ☐ NO☐. Juzgado N°: _____ Causa N°: _____
Fecha del siniestro: ___ / ___ /____ Hora: ___ : ___
Estado del tiempo: Diurno☐ Nocturno☐ Seco☐ Lluvia☐ Niebla☐ Granizo☐ Nieve☐
Lugar del sinietro: Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Calle: _____ N°: _____ Intersección de/entre: _____ y _____
Ruta N°: _____ Km: _____ Nacional☐ Provincial☐. Cruce con ruta N°: _____ ¿Cruce señalizado?: SÍ☐ NO☐.
Cruce tren. Barrera: SÍ☐ NO☐. ¿Cruce señalizado?: SÍ☐ NO☐. Estado de barrera: _____
Semáforo: SÍ☐ NO☐. ¿Funciona?: SÍ☐ NO☐. Intermitente Color: _____
Tipo de calzada: _____ Estado de calzada: _____

Asegurado:

Nombre(s) y Apellido(s) o razón social: _____ DNI: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Tercero:

Propietario: _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐
Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: 0☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Conductor:

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐
Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: 0☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ Profesión: _____
Estado Civil: Soltero/a☐ Casado/a☐ Separado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a☐ Unión Convivencial☐ Unión Civil☐
Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ /____ Examen de alcoholemia: SÍ☐ NO☐ Se negó☐. ¿Conductor habitual del vehículo?: SÍ☐ NO☐.
Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: ___ / ___ /____ ¿Es el propio asegurado?: SÍ☐(continuar en "VEHICULO") NO☐
Relación con el asegurado: _____

Conductor tercero:

Examen de alcoholemia: SÍ☐ NO☐ Se negó☐. ¿El conductor es el propietario?: SÍ☐(continuar en "DAÑOS MATERIALES A COSAS") NO☐(completar la información que sigue).
Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐
Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Teléfono: 0☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ Profesión: _____
Estado Civil: Soltero/a☐ Casado/a☐ Separado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a☐ Unión Convivencial☐ Unión Civil☐
Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ /____ ¿Conductor habitual del vehículo?: SÍ☐ NO☐.
Registro N°: _____ Categoría: _____ Vencimiento: ___ / ___ /____

SWISS MEDICAL SEGUROS

Vehículo:

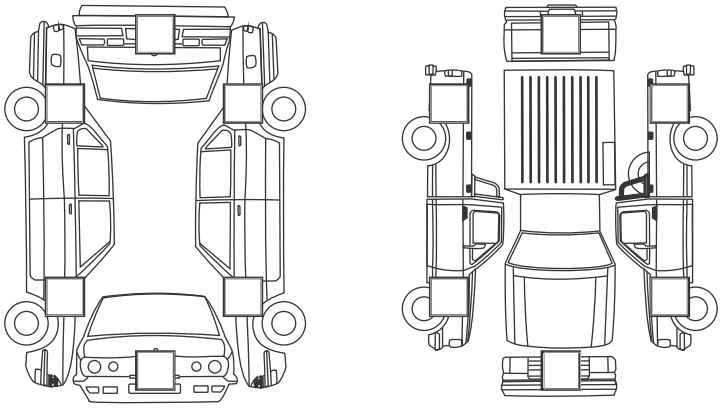
Marca: _____ Modedo: _____ Tipo: _____ Dominio: _____ Año: ____

Color: _____ Motor N°: _____ Chasis N°: _____

Antirrobo: SÍ☐ NO☐. Cristales grabados: SI☐ NO☐.

Uso del vehículo: Particular☐ Comercial o carga☐ Taxi o remis☐ Transporte público☐ Servicios de urgencia☐ Fuerzas de seguridad☐

Cobertura afectada: Robo: Parcial☐ Total☐ Incendio: Parcial☐ Total☐ Daño: Parcial☐ Total☐(obligatorio marcar cobertura afectada).



Vehículo tercero:

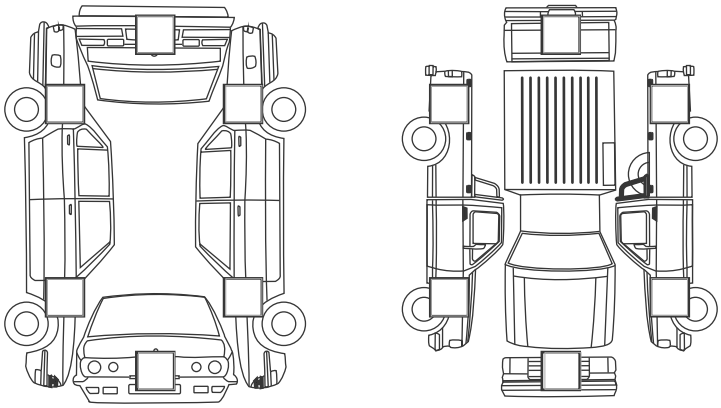
Marca: _____ Modedo: _____ Tipo: _____ Dominio: _____ Año: ____

Color: _____ Motor N°: _____ Chasis N°: _____

Asegurado en: _____ Póliza N°: _____

Uso del vehículo: Particular☐ Comercial o carga☐ Taxi o remis☐ Transporte público☐ Servicios de urgencia☐ Fuerzas de seguridad☐

Cobertura afectada: Robo: Parcial☐ Total☐ Incendio: Parcial☐ Total☐ Daño: Parcial☐ Total☐



Daños del vehículo (detallar):

Daños del vehículo tercero (detallar):

Lesiones a terceros: SÍ☐ NO☐. En caso afirmativo completar los cuadros LESIONES.

SWISS MEDICAL SEGUROS

Taller de reparación:

Nombre: _____ Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ Fecha Inspección: ___ / ___ /____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Taller de reparación tercero:

Nombre: _____ Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ Fecha Inspección: ___ / ___ /____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Uso interno de la compañía:

Cobertura: TR☐ s/DP☐ s/DT☐ RC☐

Franquicia: CON☐ SIN☐

_____

Recibido por
(con sello de recepción)

Daños materiales a cosas:

Propietario: _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

Detalle los daños:

Daños a terceros (1):

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ /____

Estado Civil: Soltero/a☐ Casado/a☐ Separado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a☐ Unión Convivencial☐ Unión Civil☐

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado☐ Pasajero otro vehículo☐ Peatón☐

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

Centro asistencial: _____

Daños a terceros (2):

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ /____

Estado Civil: Soltero/a☐ Casado/a☐ Separado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a☐ Unión Convivencial☐ Unión Civil☐

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado☐ Pasajero otro vehículo☐ Peatón☐

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

Centro asistencial: _____

Daños a terceros (3):

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ /____

Estado Civil: Soltero/a☐ Casado/a☐ Separado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a☐ Unión Convivencial☐ Unión Civil☐

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado☐ Pasajero otro vehículo☐ Peatón☐

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

Centro asistencial: _____

Testigos:

Importante: ofrezca siempre testigos, especialmente si Ud. no es responsable.

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Domicilio: _____ Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Domicilio: _____ Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Domicilio: _____ Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Domicilio: _____ Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Características del siniestro:

Tipo de accidente: Frontal☐ Posterior☐ Lateral☐ En cadena☐ Vuelco☐ Desplazamiento☐ Inmersión☐ Incendio☐ Explosión☐

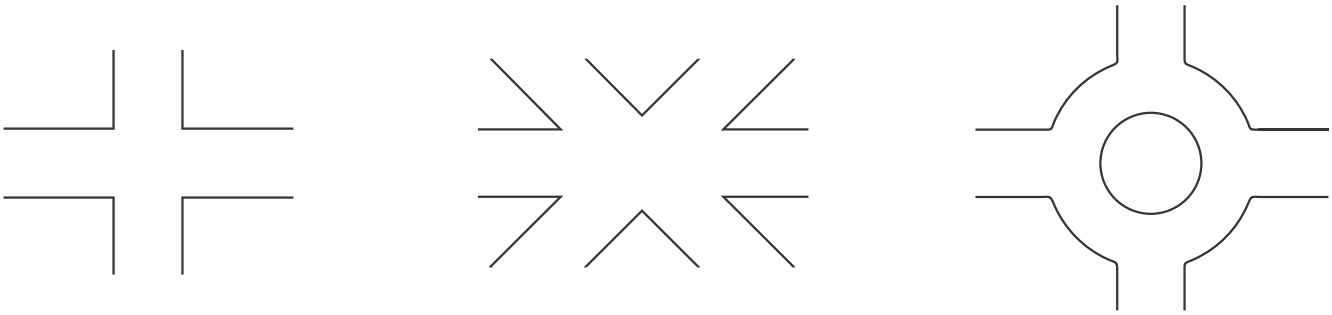
Daño c/la carga☐ En autopista☐ En calle☐ En avenida☐ En curva☐ En pendiente☐ En túnel☐ Sobre puente☐

Otro☐: _____

Colisión con: Peatón☐ Vehículo☐ Transporte público☐ Edificio☐ Columna☐ Animal☐ Otro☐: _____

Croquis:

Dibujar situación de los vehículos en el accidente (detallar calles, avenidas, rutas, autopistas, sentido del tráfico, etc.)



Detalles del siniestro:

Datos del denunciante:

¿Es el conductor o asegurado?: SÍ☐ (continuar en el *) NO☐ (completar la información que sigue).

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ Género: M☐ F☐

Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

* Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.

Lugar: _____ Fecha: ___ / ___ /____ Hora: ___ : ___