

## Denuncia del siniestro - Responsabilidad civil

Nº de Siniestro (completa la Cía.): \_\_\_\_\_ Póliza Nº: \_\_\_\_\_

Fecha de ocurrencia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_:\_\_\_ Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_

### Datos del Asegurado:

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_ Cel.: 0 [ ][ ][ ][ ] 15 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Tel. fijo: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### Datos del Damnificado:

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_ Cel.: 0 [ ][ ][ ][ ] 15 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Tel. fijo: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### Datos del siniestro:

Daños y lesiones sufridos:

¿Existe alguna relación contractual entre el asegurado y el damnificado?: Sí  NO  . ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Cómo sucedió el accidente y que consecuencia tuvo el mismo? (descripción detallada):

¿Quién es el causante directo del accidente?: \_\_\_\_\_

¿Qué relación existe entre el asegurado y el causante del daño?: \_\_\_\_\_

Denuncia policial: Sí  NO  . Comisaría Nº: \_\_\_\_\_ Sumario: \_\_\_\_\_

Testigos que presenciaron el accidente:

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: 0 [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

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

(\*) Para que esta denuncia sea válida debe completarse en su totalidad.

**Importante: Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma