

## DENUNCIAS DE SINIESTROS AUTOMÓVILES

(Excluidos Robos Totales)

Número de siniestro

Choque ☐ Vuelco ☐ Incendio ☐ Daños a cosas o inmuebles ☐ Robos parciales ☐ Otros ☐

Con lesiones y/o muertes ☐ (1) - Sin lesiones ni muertes ☐

Productor	Casillero N°	Póliza N°	Grupo y Orden
-----------	--------------	-----------	---------------

**Datos del Asegurado**

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

Domicilio Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Part.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Casado ☐ No Casado (Soltero, Viudo, Separado) ☐ Sexo ☐ M ☐ F ☐

El Asegurado es el conductor habitual del vehículo ☐ Si ☐ No ☐ Edad: \_\_\_\_\_ años

Registro de Conductor N° \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleado en: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

**Datos del Conductor (en caso de ser del propio Asegurado, NO llenar este sector)**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ L.E. ☐ C.I. ☐ N° \_\_\_\_\_  
D.N.I. ☐ L.C. ☐

Domicilio Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Vinculo con el Asegurado: Empleado ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Estado Civil: Casado ☐ No Casado ☐ Edad: \_\_\_\_\_ años Tel. Particular: \_\_\_\_\_

Empleado en: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Es conductor habitual del vehículo ☐ Si ☐ No ☐

Registro de Conductor N° \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Datos del Vehículo Asegurado**

Marca: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Patente N°: \_\_\_\_\_

Motor N°: \_\_\_\_\_ Chasis N°: \_\_\_\_\_ Unidad remolcada Patente N°: \_\_\_\_\_

Uso actual del vehículo: Comercial y/o Carga ☐ Taxi ☐ Particular ☐ Remise ☐ Otro ☐

Cantidad de personas que viajaban en el vehículo además del conductor: \_\_\_\_\_

**Datos del Tercero y su vehículo (en caso de colisiones múltiples usar el dorso)**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Domicilio Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Asegurado en: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_

Vehículo Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Patente N°: \_\_\_\_\_

El conductor era el propietario ☐ Si ☐ No ☐ Cantidad de personas que viajaban en este vehículo: \_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha del siniestro**

Ocurrió en la Calle/Ruta/Avda.: \_\_\_\_\_ N° ó Km.: \_\_\_\_\_

Localidad/Partido: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Fecha del Siniestro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Diurno ☐ Nocturno ☐ Tiempo: Seco ☐ Lluvia ☐ Niebla ☐

**Actuaciones judiciales y/o Policiales**

Hubo intervención policial? ☐ Si ☐ No ☐ Comisaría interviniente: \_\_\_\_\_

N° de Sumario: \_\_\_\_\_ Dpto. Judicial: \_\_\_\_\_ Fuero: \_\_\_\_\_ Juzgado: \_\_\_\_\_

Secretaría: \_\_\_\_\_ N° de Causa: \_\_\_\_\_ Carátula: \_\_\_\_\_

(Adjuntar copia de la Certificación Policial)

**Inspección del vehículo Asegurado**

El vehículo asegurado puede inspeccionarse en el Taller: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El Asegurado iniciará acciones contra el Tercero y/o su Aseguradora? ☐ Si ☐ No ☐

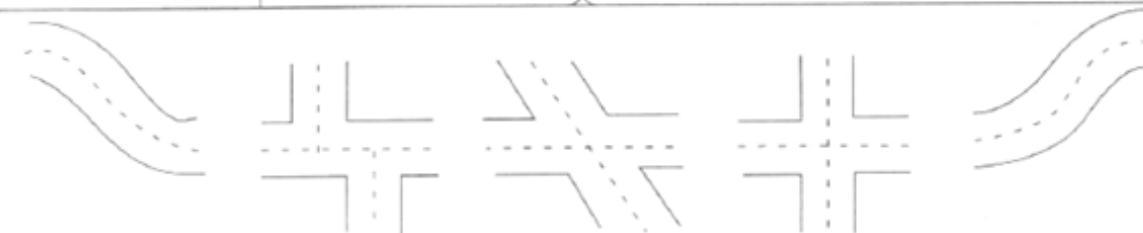
Cuenta con fotografías de su vehículo con los daños sufridos? ☐ Si ☐ No ☐

Constatación Recepción

**Daños a los vehículos**  
(Marcar con una X)

TERCERO	Izq.	Der.	ASEGURADO	Izq.	Der.
Guardabarro delantero			Guardabarro delantero		
Faro delantero			Faro delantero		
Puerta delantera			Puerta delantera		
Puerta trasera			Puerta trasera		
Espejo retrovisor			Espejo retrovisor		
Guardabarro trasero			Guardabarro trasero		
Faro trasero			Faro trasero		
Paragolpes delantero			Paragolpes delantero		
Paragolpes trasero			Paragolpes trasero		
Baúl			Baúl		
Capot			Capot		
Techo			Techo		
Estimación de daño \$	Estimación de daño \$				

Daños producidos a Cosas o Inmuebles (Detalle y monto estimado de los daños).



**Instrucciones:**

- 1 - Indique nombre de calles y sentido.
- 2 - Numero cada vehículo. Indique sentido de circulación.
- 3 - Use trazo continuo para indicar sentido de circulación.
- 4 - Use trazo discontinuo para indicar sentido luego del hecho.
- 5 - Identifique.



VEHICULO



MOTOCICLETA



PEATON



CRUCE FERROVIARIO

**Datos Adicionales:**

- 1 - SUELO  
(A: asfalto, B: empedrado, C: ripio, D: tierra, E: otros) ☐
- 2 - ESTADO DEL SUELO  
(A: seco, B: mojado) ☐
- 3 - CLIMA  
(A: despejado, B: lluvioso, C: llovizna, D: niebla, E: otros) ☐

**Datos del Vehículo (2)**  
(Colisión Múltiple)

Conductor: Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
 Reg. Conductor N°: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Vto.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Domicilio Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto.: \_\_\_\_\_  
 C. Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Asegurado en: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_  
 Cobertura: \_\_\_\_\_ Vehículo Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
 Patente N°: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_  
 El conductor del vehículo era el propietario? ☐ Sí ☐ No

Daños Vehículo (2)	Izq.	Der.
Guardabarro delantero		
Faro delantero		
Puerta delantera		
Puerta trasera		
Espejo retrovisor		
Guardabarro trasero		
Faro trasero		
Paragolpes delantero		
Paragolpes trasero		
Baúl		
Capot		
Techo		
Estimación de daño \$		

Effectúe la más amplia descripción del siniestro denunciado. En caso de existir lesiones o muertes, solicitar e integrar además del presente, el formulario A 340.

De existir informaciones o reclamos no contemplados en otra parte de este formulario hágalo en este cuadro.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Declaro que las informaciones procedentes son el fiel reflejo del siniestro. Autorizo a Intégrity Seguros a realizar cuanta diligencia considere necesario para esclarecer el hecho

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

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