

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTORES



IAPSER
SEGUROS

Aseguradora:	Póliza N°:	Siniestro N°:
--------------	------------	---------------

1- FECHA DEL SINIESTRO		ITEM	ESTADO DEL TIEMPO
Fecha: / /	Hora:	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Seco <input type="checkbox"/> Lluvia <input type="checkbox"/> Granizo <input type="checkbox"/> Nieve <input type="checkbox"/>

2- DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre y Apellido o Razón Social:			
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
E-mail:			
Domicilio / Calle:		N°:	C.P.:
Localidad:		Provincia:	País:

3- DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO			
Marca:	Modelo:	Tipo:	
Dominio:	Año:	N° de Motor:	N° de Chasis:
Color:	Uso del Vehículo:	Particular <input type="checkbox"/>	Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencia <input type="checkbox"/>
		Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Transporte Público <input type="checkbox"/> Fuerza Seguridad <input type="checkbox"/>
Cobertura Adherida: Robo Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>		Incendio Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	Daño Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>
Detalle los daños del vehículo:			
Tipo de combustible: Nafta <input type="checkbox"/> Gasoil <input type="checkbox"/> GNC <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Híbrido <input type="checkbox"/>			

4- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO			
Nombre y Apellido:			Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
E-mail:			
Domicilio / Calle:		N°:	C.P.:
Localidad:		Provincia:	País:
Estado Civil:	Edad:	Fecha de Nacimiento: / /	
Ocupación:			
Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Conductor Habitual del Vehículo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Registro N°:	
¿Es el propio asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Vigencia: Desde / / Hasta / /	
Relación con el asegurado:		Categoría:	

5- LUGAR DEL SINIESTRO			
Localidad:		C.P.:	Provincia:
País:	Calle:	N°	
Intersección de / entre y			
Ruta N°:	Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/>	Cruce con Ruta N°	Cruce Señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cruce Tren <input type="checkbox"/>	Barrera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cruce Señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estado Barrera:
Semáforo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Funciona?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Intermitente <input type="checkbox"/>	Color:
Tipo Calzada:		Estado Calzada:	

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTORES



IAPSER
SEGUROS

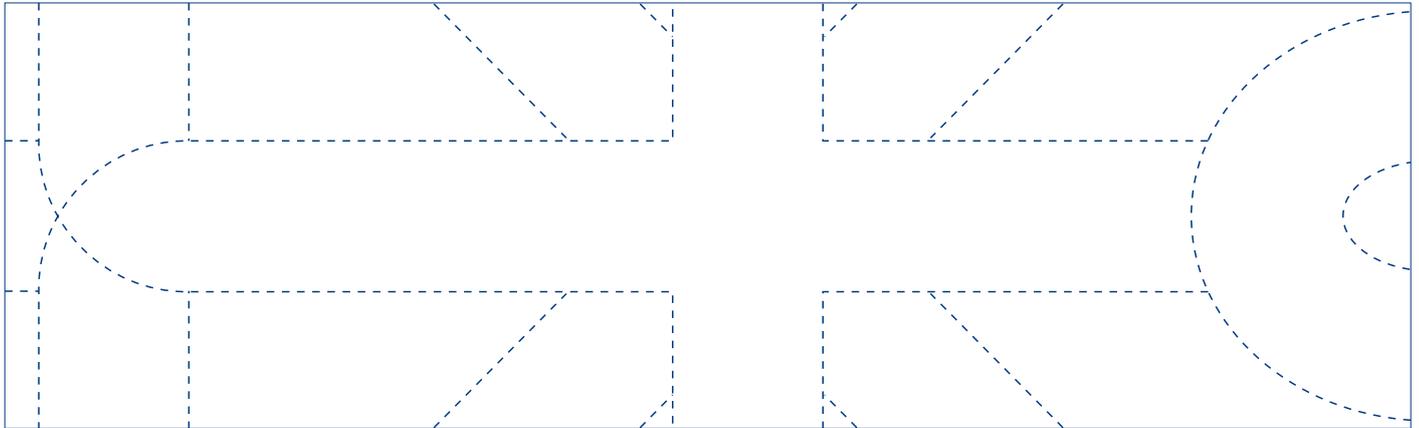
DENUNCIA DEL SINIESTRO: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder derecho a ser indemnizado.- (Cláusula CG-CO 16-1 de las Condiciones Generales de póliza y los art. 46, 47 y 115 de la Ley de Seguro N° 17.418).-

6- CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: Frontal Trasero o por alcance Frontolateral derecho Frontolateral izquierdo
Lateral o de raspado derecho Lateral o de raspado izquierdo Vuelco Múltiple o por alcance
Múltiple frontal Mixto (más de un tipo) Atropellamiento (peatón/ciclista) Estacionamiento En cadena
Inmersión Incendio Explosión Daños c/la carga Desplazamiento Otro: _____

Colisión con: Peatón Vehículo Transp. Público Edificio Columna Animal Otro: _____
En Autopista En Calle En Avenida En Curva En Pendiente En Túnel Sobre Puente Otro: _____

Tipo de Robo: Parcial Total
A mano armada Estacionamiento Comercial Estacionamiento lugar de Trabajo
Estacionamiento Propio Estacionamiento en la vía Pública Otro: _____



Remarcar las líneas válidas - Colocar nombres de calles.

DETALLES DEL SINIESTRO

Intervino Autoridad Policial: NO SÍ Fecha de la denuncia policial:
Autoridad policial que intervino, indicar Comisaría:

(Dar intervención a la autoridad para que constate el accidente, aportando las mayores pruebas o testimonios)

7- DAÑOS MATERIALES

Propietario Nombre y Apellido:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:	
E-mail:			
Domicilio / Calle:		N°:	C.P.:
Localidad:		Provincia:	País:

Pág. 2 de 4

Tel: 0343 4420100 · San Martín 918, Paraná, E.R.  www.iapserseguros.com.ar

 **SSN** SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Atención al asegurado 0800-666-8400
N° de insc. en SSN 0254

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTORES



IAPSER
SEGUROS

Ocupación:	Estado Civil:
Relación con el asegurado:	
Detalle de los daños:	

8- TESTIGO

Nombre y Apellido:	Género: F M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:	
E-mail:		
Domicilio / Calle:	N°:	C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Ocupación:	Estado Civil:	
Relación con el asegurado:		

9- DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO DEL TERCERO

Propietario Nombre y Apellido:	Género: F M <input type="checkbox"/>	
Estado Civil:	Ocupación:	
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:	
E-mail:		
Domicilio / Calle:	N°:	C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Conductor Habitual del Vehículo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Completar la información que sigue)		
Relación con el asegurado:		

10- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO DEL TERCERO

Si es el propietario completar sólo las dos últimas líneas

Conductor Nombre y Apellido:	Género: F M <input type="checkbox"/>	
Estado Civil:	Ocupación:	
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:	
E-mail:		
Domicilio / Calle:	N°:	C.P.:
Localidad:	Provincia:	País:
Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>		
Conductor Habitual del Vehículo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Registro N°:	Vencimiento: / /
Relación con el asegurado:		

11- DETALLE VEHÍCULO DEL TERCERO

Marca:	Modelo:	Tipo:	
Dominio:	Año:	N° de Motor:	N° de Chasis:
Color:	Uso del Vehículo: Particular <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencia <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Transporte Público <input type="checkbox"/> Fuerza Seguridad <input type="checkbox"/> Seguro CIA _____		
Cobertura Adherida: Robo Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Incendio Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Daño Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>			
Detalle los daños del vehículo:			

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTORES



IAPSER
SEGUROS

ANEXO I LESIONES

LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido:			Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:		
E-mail:				
Domicilio / Calle:			N°:	C.P.:
Localidad:		Provincia:		País:
Estado Civil:		Edad:	Fecha de Nacimiento: / /	
Ocupación:		Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>		
Centro Asistencial:				
Tipo de lesión: Sin lesión <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>				
Relación con el asegurado:				

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido:			Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:		
E-mail:				
Domicilio / Calle:			N°:	C.P.:
Localidad:		Provincia:		País:
Estado Civil:		Edad:	Fecha de Nacimiento: / /	
Ocupación:		Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>		
Centro Asistencial:				
Tipo de lesión: Sin lesión <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>				
Relación con el asegurado:				

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido:			Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° de Documento:		Teléfono:		
E-mail:				
Domicilio / Calle:			N°:	C.P.:
Localidad:		Provincia:		País:
Estado Civil:		Edad:	Fecha de Nacimiento: / /	
Ocupación:		Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>		
Centro Asistencial:				
Tipo de lesión: Sin lesión <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>				
Relación con el asegurado:				

Lugar y Fecha

Firma / Aclaración / DNI