

Denuncia de siniestro de auto



IMPORTANTE

En caso de siniestro realice la denuncia en la Compañía dentro de los 3 primeros días de ocurrido el hecho, enviando el presente formulario por fax al 4329 0435 o completando su denuncia on line a través de www.zurich.com.ar La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------|------------------|------|
| Nº de Póliza | Nombre del asegurado | C.P. | | Localidad | Pais | Tipo y Nº Doc. | | Tel. |
| Domicilio | Categoría | | Vencimiento | | Expedido por | | | |
| Registro Nº | Banco | Cuenta Nº | | Tipo de cuenta: | | Caja de ahorro | Cuenta corriente | |
| Vehículo: Marca | Modelo | CBU | | Tipo | | Año | | |
| Nº Motor | Nº Chasis | Nº de patente | | | | | | |
| Uso del vehículo: | Particular | Comercial o carga | Transporte público | Cobertura afectada: Robo: parcial | | Incendio: parcial | Daño: parcial | |
| | Taxi o remis | Servicios de urgencia | Fuerzas de seguridad | total | | total | total | |

DATOS DEL CONDUCTOR

| | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|---|----------------|-------|---------------------------|--|
| Nombre | Fecha de nacimiento | | Tipo y Nº Doc. | | | |
| CUIT | Sexo: M F | Estado Civil | | | | |
| Domicilio | C.P. | Localidad | Pais | | | |
| Registro Nº | Categoría | Vencimiento | Expedido por | | | |
| Examen de alcoholemia: SI No | Se negó | ¿Es el conductor habitual del vehículo? | | SI No | Relación con el asegurado | |

DATOS DEL SINIESTRO Nº

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------|------------|--------------------------|--------|--------------|---------|----------------|
| Fecha del Siniestro | Hora | Localidad | Provincia | Pais | | | | |
| Calle | Nº | Intersección de / entre | | y | | | | |
| Ruta Nº | Km. | Nacional | Provincial | ¿Cruce señalizado? SI No | | | | |
| Cruce tren | Barrera: SI No | Estado barrera | | ¿Cruce señalizado? SI No | | | | |
| Semáforo: SI No | ¿Funciona? SI No | Intermitente: SI No | | Color | | | | |
| Km/h al momento del accidente | Estado del tiempo: Diurno | | Nocturno | Seco | Lluvia | Niebla | Granizo | Nieve |
| Tipo de calzada | Estado Calzada | | | | | | | |
| Tipo de Accidente: | Frontal | Posterior | Lateral | En cadena | | Vuelco | | Desplazamiento |
| | Inmersión | Incendio | Explosión | Daño c/la carga | | En autopista | | En la calle |
| | En avenida | En curva | En túnel | Sobre puente | | Otro | | |
| Colisión con: | Peatón | Vehículo | Edificio | Columna | | Animal | | Otro |
| Intervención policial: SI No | Indicar seccional / Comisaría / Juzgado y Nº de folio / Acta | | | | | | | |

Forma en que ocurrió:

Consecuencias:

Monta aproximado de los daños

Taller de reparaciones

Teléfono

Dirección

Indicar fecha de inspección

GRAFICO DEL ACCIDENTE

TESTIGOS (Completar en caso de que corresponda)

Nombre

DATOS DEL OTRO VEHICULO

| | | | | |
|-------------------|------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| Propietario: | | Sexo: M | F | Tipo y Nº Doc. |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais | Teléfono |
| Marca: | Modelo | Tipo | | |
| Domnio: | Año | Nº Motor | Nº Chasis | |
| Uso del vehículo: | Particular | Comercial o carga | Taxi o remis | Transporte público |
| | | | | Servicios de urgencia |
| | | | | Fuerzas de seguridad |

Detalle de los daños:.....

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------|--------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|---|
| Examen de alcoholemia del conductor: | SI | No | Se negó | El conductor es propietario: | SI | No | (en este caso completar la información que sigue) |
| Conductor: | | | | Sexo: M | F | Tipo y Nº doc. | |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais | Tel. | | | |
| Estado Civil: | Fecha de nacimiento | ¿Conductor habitual del vehículo?: | SI | No | Registro Nº | Vencimiento | |
| Propietario: | | Sexo: M | F | Tipo y Nº Doc. | | | |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais | Tel. | | | |
| Marca: | Modelo | Tipo | | | | | |
| Domnio: | Año | Nº Motor | Nº Chasis | | | | |
| Uso del vehículo: | Particular | Comercial o carga | Taxi o remis | Transporte público | Servicios de urgencia | Fuerzas de seguridad | |

Detalle de los daños:.....

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------|---------|------------------------------|-------------|----------------|---|
| Examen de alcoholemia del conductor: | SI | No | Se negó | El conductor es propietario: | SI | No | (en este caso completar la información que sigue) |
| Conductor: | | | | Sexo: M | F | Tipo y Nº doc. | |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais | Tel. | | | |
| Estado Civil: | Fecha de nacimiento | ¿Conductor habitual del vehículo?: | SI | No | Registro Nº | Vencimiento | |

DAÑOS MATERIALES A COSAS

| | | | |
|-----------------------|---------|-----------|----------------|
| Propietario: | Sexo: M | F | Tipo y Nº doc. |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais |
| Detalle de los daños: | | | Tel. |

LESIONES A TERCEROS

| | | | |
|---------------------|---------|--------------------------|----------------|
| Nombre y Apellido: | Sexo: M | F | Tipo y Nº doc. |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais |
| Tipo de lesiones: | Leves | Graves (con internación) | Mortal |
| Centro asistencial: | | Examen de alcoholemia: | SI |
| | | Parentesco | No |
| | | | Se negó |

| | | | |
|---------------------|---------|--------------------------|----------------|
| Nombre y Apellido: | Sexo: M | F | Tipo y Nº doc. |
| Domicilio: | C.P. | Localidad | Pais |
| Tipo de lesiones: | Leves | Graves (con internación) | Mortal |
| Centro asistencial: | | Examen de alcoholemia: | SI |
| | | Parentesco | No |
| | | | Se negó |

DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado: SI No (en este caso completar la información que sigue)

Nombre y Apellido

Sexo: M

F

Tipo y Nº doc