

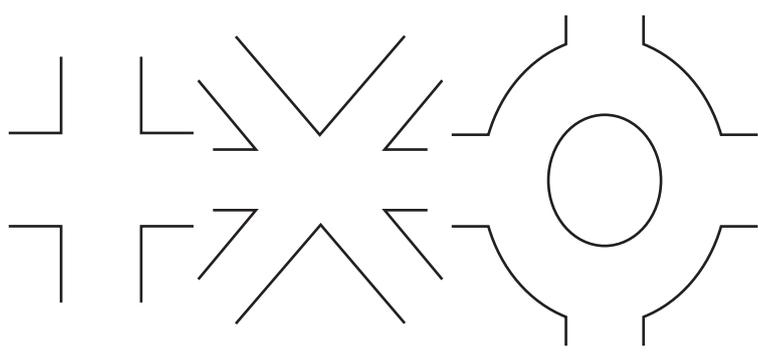
Daños a/los vehículos	Marcar (X)	 	 
	Detallar	_____	_____
Datos Adicionales		Taller/Lugar de Inspección: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____ Localidad: _____ Fecha de Insp.: [] [] [] []	Asegurado en: _____ Póliza N°: _____ Fecha de Vigencia: Dde.: [] [] [] [] Hasta: [] [] [] [] Cobertura: TR/CF <input type="checkbox"/> TR/SF <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Testigos: Nombre y Apellido	Domicilio	DNI	Teléfono
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____

CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente: Choques: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento
 Robo Total Robo Parcial Incendio Daños Explosión Inmersión
 En Autopista En Calle En Avda. En Curva En Pendiente En Túnel Sobre Punte
 Otros: _____
 Colisión con: Peatón Vehículo Trans. Público Edificio Columna Animal
 Otros: _____

Croquis, Orientación y Detalle del Hecho.



En caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados. (Ver Detalle del otro vehículo en la siguiente hoja.)

En caso de robo: ¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI NO
¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI NO
Si contestó afirmativamente, por favor, describa la gestión:

Declaración del Asegurado.
 Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

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

DNI: _____

Fecha: [] [] [] []

E-mail: _____ Firma: _____ Aclaración: _____

