MAPFRE

MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A.
Casa Central Av. Juana Manso 205
(C1107CBE) Ciudad de Buenos Aires
Servicio de Atención al Cliente:
5777-2100 - Capital y GBA
0810-333-1000 (desde el interior)

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES

N° Siniestro

DATOS SINIESTRO

Nro. Póliza	Dominio	Fecha ocurrencia	Hora
Lugar de ocurrencia		Código Postal	
Localidad	Provincia		País

INFORMACION ADICIONAL

Daños personales (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso) ☐	Vigencia
Daños materiales (En caso afirmativo indicar con x y completar frente) ☐	Cobertura
Testigos (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso) ☐	Franquicia
Realizó denuncia policial? SI ☐ NO ☐ Comisaría N° Acta N°	Cobranza

DATOS VEHICULO Asegurado (*)

Asegurado		
Sr./a.		
Domicilio		
Localidad	CP.	
Prov.	País	
DNI		
Tel. part.	Tel. contacto	
Conductor		
Sr./a.		
Domicilio		
Localidad	CP.	
Prov.	País	
DNI		
Tel. part.	Tel. contacto	
Edad	Sexo	E. civil
Profesión		
Reg. Conduc. N°	Clase	
Fecha expedición	Vto.	
Relación c/ el asegurado		
Datos vehículo Asegurado		
Marca y modelo	Color	
Dominio	Año	
Lugar Inspección		
Taller/Domicilio		
Entre calle	y calle	
Localidad	CP.	
Prov.	País	
Tel.	Fecha entrada	Hora
Descripción daños Asegurado:		

DATOS VEHICULO Tercero (*)

Propietario		
Sr./a.		
Domicilio		
Localidad	CP.	
Prov.	País	
DNI		
Tel. part.	Tel. contacto	
Conductor		
Sr./a.		
Domicilio		
Localidad	CP.	
Prov.	País	
DNI		
Tel. part.	Tel. contacto	
Edad	Sexo	E. civil
Profesión		
Reg. Conduc. N°	Clase	
Fecha expedición	Vto.	
Relación c/ el asegurado		
Datos vehículo Tercero		
Marca y modelo	Color	
Dominio	Año	
Uso		
Compañía Aseguradora y póliza		
Cía.		
Nro. póliza		
Cubre daños propios	Fecha Vto.	
Descripción daños Tercero:		

DATOS ADICIONALES (Indicar con x)

Tipo de camino: Pavim. ☐ Empedrado ☐ Ripio ☐ Tierra ☐ **Estado:** Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Estado tiempo: Seco ☐ Lluvia ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐

Intervino Ibero Asistencia: SI ☐ NO ☐

CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO (Indicar con x)

Daños ASEGURADO: Daño Parcial (1) ☐ Robo Accesorios/Ruedas (5) ☐ Robo Parcial (Otros) (3) ☐ **Daños TERCERO (8):** ☐
Destrucción Total (2) ☐ Robo/Hurto Total (4) ☐ Rotura Cristales (41) ☐
Incendio Parcial (1) ☐ Incendio Total (2) ☐ Otras Consec. ☐

RELATO DEL ACCIDENTE:

Croquis: dibujar situación de los vehículos, dirección -por flechas-, nombre de calles, señales de tráfico, etc.

Uso del vehículo: Particular ☐ Comercial ☐

En _____ a las _____ del _____ de _____

Firma _____ Aclaración _____

(*) En caso de más de un vehículo, por favor, complete los datos utilizando más formularios

MAPFRE

MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A.
Casa Central Av. Juana Manso 205
(C1107CBE) Ciudad de Buenos Aires
Servicio de Atención al Cliente:
5777-2100 - Capital y GBA
0810-333-1000 (desde el interior)

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES

N° Siniestro

DAÑOS PERSONALES

Datos del Lesionado (1)		**Clase Lesionado (Indicar con x)**	
Sr./a.		Peatón/ciclista ☐	Conductor vehículo contrario ☐
Domicilio		Ocupante vehículo contrario ☐	Ocupante del vehículo asegurado ☐
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado ☐	
Prov.	País		
DNI		**Relación con Propietario:**	
Tel. part.	Tel. contacto		
Edad Sexo	E. civil		
Profesión			

Lugar de Asistencia

NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: ¿QUEDA INTERNADO? SI ☐ NO ☐

Descripción de lesiones:

ESTADO LESIONADO: Muerte ☐ Muy grave ☐ Grave ☐ Leve ☐

Datos del Lesionado (2)		**Clase Lesionado (Indicar con x)**	
Sr./a.		Peatón/ciclista ☐	Conductor vehículo contrario ☐
Domicilio		Ocupante vehículo contrario ☐	Ocupante del vehículo asegurado ☐
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado ☐	
Prov.	País		
DNI		**Relación con Propietario:**	
Tel. part.	Tel. contacto		
Edad Sexo	E. civil		
Profesión			

Lugar de Asistencia

NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: ¿QUEDA INTERNADO? SI ☐ NO ☐

Descripción de lesiones:

ESTADO LESIONADO: Muerte ☐ Muy grave ☐ Grave ☐ Leve ☐

Datos del Lesionado (3)		**Clase Lesionado (Indicar con x)**	
Sr./a.		Peatón/ciclista ☐	Conductor vehículo contrario ☐
Domicilio		Ocupante vehículo contrario ☐	Ocupante del vehículo asegurado ☐
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado ☐	
Prov.	País		
DNI		**Relación con Propietario:**	
Tel. part.	Tel. contacto		
Edad Sexo	E. civil		
Profesión			

Lugar de Asistencia

NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: ¿QUEDA INTERNADO? SI ☐ NO ☐

Descripción de lesiones:

ESTADO LESIONADO: Muerte ☐ Muy grave ☐ Grave ☐ Leve ☐

OTROS DAÑOS

Datos ANIMALES o COSAS

Objeto	Daños	Propietario	
Domicilio		Localidad	CP.
Prov.	País	Tel. part.	Tel. contacto
Observaciones			

TESTIGOS

Datos Testigo (1)		**Datos Testigo (2)**	
Sr./a.		Sr./a.	
Domicilio		Domicilio	
Localidad	CP.	Localidad	CP.
Prov.	País	Prov.	País
DNI		DNI	
Tel. part.	Tel. contacto	Tel. part.	Tel. contacto
Condición del Testigo		**Condición del Testigo**	
Ocupante vehículo contrario ☐	Ocupante del vehículo asegurado ☐	Ocupante vehículo contrario ☐	Ocupante del vehículo asegurado ☐
Peatón ☐	Otros ☐	Peatón ☐	Otros ☐

En_____ a las_____ del_____ de_____