

**DATOS SINIESTRO** 

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)

<b>DECLARACION DE</b>	ACCIDENTE	DE AU	TOMOVILES
	The second second		

		partiety or	1.00000.000	9575	and the second	104,000	V-1	0.5%
N.	Siniestro		\$ .9°	40	Si	44	14.00	Carro
								100 100 100

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)  Testigos (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso)	Franquicia
Realizó denuncia policial? SI NO Comisaría N° Acta N°	Cobranza
DATOS VEHICULO Asegurado (*)	DATOS VEHICULO Tercero (*)
Asegurado	Propietario
Sr/a.	Sr./a.
Domicilio	Domicilio
Localidad CP.	Localidad CP.
Prov. País	Prov. Pais
DNI	DNI
Tel. part. Tel. contacto	Tel. part. Tel. contacto
Conductor	Conductor Ababasas Internation
Sr./a.	Sr./a.
Domicilio	Domicilio
Localidad CP.	Localidad CP.
Prov. País	Prov. País
DNI	DNI
Tel. part. Tel. contacto	Tel. part. Tel. contacto
Edad Sexo E. civil	Edad Sexo E. civil
Profesión	Profesión
Reg. Conduc. N* Clase	Reg. Conduc. N* Clase
Fecha expedición Vto.	Fecha expedición Vto.
Relación d' el asegurado	Relación d el asegurado
Datos vehículo Asegurado	Datos vehículo Tercero
Marca y modelo Color	Marca y modelo Color
Dominio Año  Lugar Inspección	Dominio Año
Taller/Domicilio	Companies Assessmenters was tilters
Entre calle y calle	Compañía Aseguradora y póliza Cía.
Localidad CP.	Nro. póliza
Prov. Pais	Cubre daños propios Fecha Vto.
Tel. Fecha entrada Hora	
Descripción daños Asegurado:	Descripción daños Tercero:
Estado tiempo: Seco Lluvia Niebla Gran	Estado: Bueno Regular Malo Nieve
CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO (Indicar con x)  Deños ASEGURADO: Daño Parcial (1) Robo Accesorios/Ruedas (5) Destrucción Total (2) Robo/Hurto Total (4) Incendio Parcial (1) Incendio Total (2)	The state of the s
RELATO DEL ACCIDENTE:	Croquis: dibujar situación de los vehículos, dirección -por flechas-, nombre de calles, señales de tráfico, etc.
Uso del vehículo: Part	cicular Comercial
En a las	delde
Firma  (*) En caso de más de un vehículo, por fa	Aclaración avor, complete los datos utilizando más formularios



MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A. 5777-2100 - Capital v GBA

DECLARACIO	155.6	0.00		800	202 955	ACRES (0.45)	2.25
N° Siniestro	mark 8	1.45	15	52	多一整	選を製	1

DAÑOS DEDSONALES				129 (1992) 2014
DAÑOS PERSONALES	Managarian al			
Datos del Lesionado (1)	March per	7.75 (A. 1974)	Clase Lesionado (Indicar con x)	Contrator birds contrator
Sr./a.			Peatón/ciclista	Conductor vehículo contrario
Domicilio			Ocupante vehículo contrario	Ocupante del vehículo asegurado
Localidad	D. fe	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario de	I veniculo asegurado
Prov.	País	registration of the second		
DNI			Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto			
Edad Sexo	E. civil	1 Abr 23 Self 2		
Profesión	1 16767181	10 march 200 Mar		
Lugar de Asistencia		40 SEE 1015		NOT UP TO SERVICE
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:				¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Descripción de lesiones:		2000000		37,246
47			fulfika.	
PAIS				
ESTADO LESIONADO: Muerte	Muy grave	Grave Leve		
	Reiner et	208		
Datos del Lesionado (2)			Clase Lesionado (Indicar con x)	107 years
Sr./a.			Peatón/ciclista	Conductor vehículo contrario
Domicilio		PER SE	Ocupante vehículo contrario	Ocupante del vehículo asegurado
Localidad		CP.	Asegurado/Conductor/Propietario de	l vehículo asegurado
Prov.	País			
DNI			Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto	PERSON		
Edad Sexo	E. civil	943 943		
Profesión		1977.55		
Lugar de Asistencia	10	at the second		
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	111	-1.40755640		¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Descripción de lesiones:				,
		tracydfalaith con C		
-27.77		10. 30 m 10. 32		
ESTADO LESIONADO: Muerte	Muy grave (	Grave Leve		
i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	may grave	state		
Datos del Lesionado (3)	A ROWS	Vichamine Vaccining	Clase Lesionado (Indicar con x)	
			cluse resionado (malear con x)	
Sr/a			Peatón/cirlista	Conductor vehículo contrario
Sr./a.			Peatón/ciclista  Ocupante vehículo contrario	Conductor vehículo contrario
Domicilio			Ocupante vehículo contrario	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio Localidad	Date	CP.		Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio Localidad Prov.	País		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio Localidad Prov. DNI	(0,	CP	Ocupante vehículo contrario	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.	Tel. contacto		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo	(0,		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión	Tel. contacto		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia	Tel. contacto		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	Tel. contacto E. civil		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	Tel. contacto		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	Tel. contacto E. civil		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	Tel. contacto E. civil		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	Tel. contacto E. civil		Ocupante vehículo contrario  Asegurado/Conductor/Propietario del  Relación con Propietario:	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:	Tel. contacto  E. civil		Ocupante vehículo contrario  Asegurado/Conductor/Propietario del  Relación con Propietario:	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:	Tel. contacto  E. civil		Ocupante vehículo contrario  Asegurado/Conductor/Propietario del  Relación con Propietario:	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:	Tel. contacto  E. civil		Ocupante vehículo contrario  Asegurado/Conductor/Propietario del  Relación con Propietario:	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS	Tel. contacto  E. civil		Ocupante vehículo contrario  Asegurado/Conductor/Propietario del  Relación con Propietario:	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS	Tel. contacto E. civil		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto	Tel. contacto  E. civil  Muy grave		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar Localidad	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov.	Tel. contacto E. civil		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado ¿QUEDA INTERNADO? SI NO
Domicilio Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones	Tel. contacto  E. civil  Muy grave		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar Localidad	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.
Domicilio Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS	Tel. contacto  E. civil  Muy grave		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar Localidad Tel. part.	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1)	Tel. contacto  E. civil  Muy grave		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar  Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2)	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a.	Tel. contacto  E. civil  Muy grave		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar  Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr./a.	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.
Domicilio  Localidad  Prov.  DNI  Tel. part.  Edad Sexo  Profesión  Lugar de Asistencia  NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:  Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte  OTROS DAÑOS  Datos ANIMALES o COSAS  Objeto  Domicilio  Prov.  Observaciones  TESTIGOS  Datos Testigo (1)  Sr./a.  Domicilio	Tel. contacto  E. civil  Muy grave	Grave Leve	Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar  Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2)  Sr./a.  Domicilio	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.  Tel. contacto
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad	Tel. contacto E. civil  Muy grave  Daños  País		Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr/a. Domicilio Localidad	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  CP.  Tel. contacto
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov.	Tel. contacto  E. civil  Muy grave	Grave Leve	Propietal Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr./a. Domicilio Localidad Prov.	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.  Tel. contacto
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI	Tel. contacto  E. civil  Muy grave  Daños  País	Grave Leve	Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar  Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr./a.  Domicilio Localidad Prov. DNI	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.  Tel. contacto  CP.  País
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.	Tel. contacto E. civil  Muy grave  Daños  País	Grave Leve	Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  CP.  Tel. contacto
Domicilio Localidad Prov.  DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Condición del Testigo	Tel. contacto  E. civil  Muy grave  País  Tel. contacto	Grave Leve C	Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar  Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr./a.  Domicilio Localidad Prov. DNI	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.  Tel. contacto  CP.  País
Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part. Edad Sexo Profesión Lugar de Asistencia NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL: Descripción de lesiones:  ESTADO LESIONADO: Muerte OTROS DAÑOS Datos ANIMALES o COSAS Objeto Domicilio Prov. Observaciones TESTIGOS Datos Testigo (1) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.	Tel. contacto  E. civil  Muy grave  País  Tel. contacto	Grave Leve	Ocupante vehículo contrario Asegurado/Conductor/Propietario del Relación con Propietario:  Propietar Localidad Tel. part.  Datos Testigo (2) Sr./a. Domicilio Localidad Prov. DNI Tel. part.	Ocupante del vehículo asegurado I vehículo asegurado  ¿QUEDA INTERNADO? SI NO  rio  CP.  Tel. contacto  CP.  País