

Denuncia de Siniestro Automotores

HOJA 2 de 2



AUTOMOTORES	
Pólizas N°:	Siniestro N°:

9 Lesiones a Terceros (1)

Nombre y Apellido:	Género:	F ☐	M ☐
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:		
Domicilio:	C.P.:		
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:	Fecha de Nacimiento: / /		
Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo ☐ Pasajero Vehículo Asegurado ☐ Pasajero otro Vehículo ☐ Peatón ☐			
Tipo de Lesiones: Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐		Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐	
Centro Asistencial:			

Lesiones a Terceros (2)

Nombre y Apellido:	Género:	F ☐	M ☐
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:		
Domicilio:	C.P.:		
Localidad:	Provincia:	País:	
Estado Civil:	Fecha de Nacimiento: / /		
Relación con el Asegurado: Conductor otro Vehículo ☐ Pasajero Vehículo Asegurado ☐ Pasajero otro Vehículo ☐ Peatón ☐			
Tipo de Lesiones: Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐		Examen de Alcoholemia: SI ☐ NO ☐ Se negó ☐	
Centro Asistencial:			

10 Testigos (1)

Nombre y Apellido:	Género:	F ☐	M ☐
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:		
Domicilio:	C.P.:		
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el Conductor:			

Testigos (2)

Nombre y Apellido:	Género:	F ☐	M ☐
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:		
Domicilio:	C.P.:		
Localidad:	Provincia:	País:	
Parentesco con el Conductor:			

11 Datos del Denunciante

Es el conductor o asegurado: SI ☐ (Continuar en el punto 12) NO ☐ (Completar la Información que sigue)			
Nombre y Apellido:	Género:	F ☐	M ☐
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:		
Domicilio:	C.P.:		
Localidad:	Provincia:	País:	

12 CLEAS

Mediante la siguiente denuncia: ☐ adhiero ☐ no adhiero (marcar lo que corresponda) a la aplicación de la metodología CLEAS (cláusula 53) para la resolución del siniestro.

En caso de no adherir explique la causa: _____

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

Lugar:	Dejo expresa constancia que es de mi conocimiento que la Póliza N° _____ que ampara al vehículo asegurado no cubre daños parciales al mismo.
Fecha: / / Hora:	
Firma:	
Aclaración:	

Firma del Asegurado