



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 Poliza Nombre del asegurado Tipo y Nº Doc
 CUIT Sexo: M F Estado Civil
 Domicilio C.P. Localidad País Tel.
 Registro Nº Categoría Vencimiento Expedido por
 Banco Tipo de cuenta: Caja de ahorro Cuenta Corriente
 Cuenta Nº CBU
 Vehículo: Marca Modelo Tipo Año 2008
 Nº Motor Nº Chasis Nº Patente
 Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Transporte público Cobertura afectada: Robo: parcial Incendio: parcial Paño: parcial
 Taxi o remis Servicio de urgencia Fuerzas de seguridad total total total

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre asegurado Fecha de nacimiento Tipo y Nº Doc
 CUIT Sexo: M F Estado Civil
 Domicilio C.P. Localidad País Tel.
 Registro Nº Categoría Vencimiento Expedido por
 Examen de alcoholemia: SI NO Se nego ¿Es el conductor habitual del vehículo? SI NO Relacion con Aseg.

DATOS DEL SINIESTRO Nº

Fecha del Siniestro Hora Localidad Cap Fed Prov. País
 Calle Nº Intersección
 Ruta Nº Km. Nacional Provincial Cruce con Ruta Nº ¿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 de 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: Peaton Vehículo Edificio Columna Animal Otro
 Intervención Policial: SI NO Indicar seccional / Comisaría / Juzgado y Nº de folio / Acta

Forma en que ocurrió:

Consecuencias

Monto aproximado de los daños Taller de reparaciones

Teléfono Dirección Indicar fecha de inspección

GRAFICO DEL ACCIDENTE

TESTIGOS (Completar en caso de que corri)

Nombre
 Profesión Tel.
 Domicilio
 Nombre
 Profesión Tel.
 Domicilio

DATOS DEL OTRO VEHICULO

Propietario Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.
Marca Modelo Tipo
Dominio Año N° Motor N° Chasis
Uso del vehiculo: Particular Comercial o carga Taxi o Remis Transporte Publico Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

Detalle de los daños:

Examen de alcoholemia: SI NO Se nego El conductor es propietario: SI NO (en este caso completar la info que sigue)
Conductor Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.
Estado Civil Fecha de nacimiento ¿Conductor habitual del vehiculo?: SI NO Registro N° Venc.

Propietario Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.
Marca Modelo Tipo
Dominio Año N° Motor N° Chasis
Uso del vehiculo: Particular Comercial o carga Taxi o Remis Transporte Publico Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

Detalle de los daños:

Examen de alcoholemia: SI NO Se nego El conductor es propietario: SI NO (en este caso completar la info que sigue)
Conductor Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.
Estado Civil Fecha de nacimiento ¿Conductor habitual del vehiculo?: SI NO Registro N° Venc.

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.

Detalle de los daños

LESIONES A TERCEROS

Nombre y Apellido Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.
Tipo de lesiones: Leves Graves (con internacion) Mortal Examen de alcoholemia: SI NO Se nego
Centro asistencial Parentesco

Nombre y Apellido Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.
Tipo de lesiones: Leves Graves (con internacion) Mortal Examen de alcoholemia: SI NO Se nego
Centro asistencial Parentesco

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 N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad Pais Tel.

Fechado en **Buenos Aires** el día del mes de 20

Firma

Aclaracion