

## DENUNCIA DE SINIESTRO

### AUTOMOTORES

Póliza N° \_\_\_\_\_ Siniestro N° \_\_\_\_\_

**1. FECHA DEL SINIESTRO**

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve

**ESTADO DEL TIEMPO**
**2. LUGAR DEL SINIESTRO**

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_

Intersección de / Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Ruta N° \_\_\_\_ km. \_\_\_\_ nacional  provincial  Cruce con ruta N° \_\_\_\_\_ cruce señalizado? SI  NO

Cruce tren  barrera SI  NO  cruce señalizado? SI  NO  estado barrera \_\_\_\_\_

Semáforo SI  NO  funciona? SI  NO  intermitente  Color \_\_\_\_\_

Tipo de Calzada \_\_\_\_\_ Estado Calzada \_\_\_\_\_

**3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y N° documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia SI  NO  Se negó

Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro N°. \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Es el propio asegurado? SI  (continuar en el punto 5) NO  Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

**4. DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre y Apellido o Razón Social \_\_\_\_\_

Tipo y N° documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

**5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nº. Motor \_\_\_\_\_ Nº. Chasis \_\_\_\_\_

Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad

Cobertura afectada Robo parcial  total | Incendio parcial  total  Daño parcial  total

Detalle los daños del vehículo prueba \_\_\_\_\_

Monto aproximado de los daños: \_\_\_\_\_ Taller mecánico donde será llevado: \_\_\_\_\_

Indicar lugar y fecha: \_\_\_\_\_

## 6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M   
 Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº. Motor \_\_\_\_\_ Nº. Chasis \_\_\_\_\_

Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
 El conductor es el propietario? SI  (continuar en el punto 8) NO  (completar la información que sigue)

Conductor \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Conductor habitual del vehículo? SI | NO | Registro Nº. \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M   
 Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº. Motor \_\_\_\_\_ Nº. Chasis \_\_\_\_\_

Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
 El conductor es el propietario? SI  (continuar en el punto 8) NO  (completar la información que sigue)

Conductor \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº. Motor \_\_\_\_\_ Nº. Chasis \_\_\_\_\_

Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
El conductor es el propietario? SI  (continuar en el punto 8) NO  (completar la información que sigue)

Conductor \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro Nº. \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 8. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Nº. Motor \_\_\_\_\_ Nº. Chasis \_\_\_\_\_

Uso del vehículo particular comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad

Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
El conductor es el propietario? SI  (continuar en el punto 8) NO  (completar la información que sigue)

Conductor \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro Nº. \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Detalle los daños : \_\_\_\_\_

## 9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente	Frontal <input type="checkbox"/>	Posterior <input type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	En cadena <input type="checkbox"/>	Vuelco <input type="checkbox"/>	Desplazamiento <input type="checkbox"/>
	Inmersión <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Explosión <input type="checkbox"/>	Daño c/ la carga <input type="checkbox"/>		
En Autopista <input type="checkbox"/>	En calle <input type="checkbox"/>	En avenida <input type="checkbox"/>	En Curva <input type="checkbox"/>	En pendiente <input type="checkbox"/>	En túnel <input type="checkbox"/>	Sobre Puente <input type="checkbox"/>
Colisión con:	Peatón <input type="checkbox"/>	Vehículo <input type="checkbox"/>	Transp. Públ <input type="checkbox"/>	Edificio <input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/>	Animal <input type="checkbox"/>
¿A cuántos kilómetros por hora circulaba el vehículo asegurado?						

<b>CROQUIS</b>	<b>DETALLES DEL SINIESTRO</b>					
N						
O						
E						
S						
¿Hubo denuncia policial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, en que comisaría? _____						
Testigo: _____ Domicilio: _____						

## 10. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado?	SI <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 11)	NO <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)			
Nombre y Apellido			Género	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° documento *			Teléfono *		
Domicilio	C.P. _____				
Localidad _____	Provincia _____	País _____			
E-mail *	Nacionalidad _____				

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

Lugar _____	Firma _____
Fecha ____ / ____ / ____	
Hora _____	<u>Aclaración</u> _____

## DENUNCIA DE SINIESTRO

### AUTOMOTORES

Póliza N° \_\_\_\_\_ Siniestro N° \_\_\_\_\_

#### **1. LESIONES A TERCEROS (1)**

Nombre y Apellido				Género	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº documento *				Teléfono *	
Domicilio				C.P.	
Localidad	Provincia			País	
Estado Civil				Fecha de Nacimiento * _____ / _____ / _____	
E-mail *				Nacionalidad _____	
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>	
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>		Peatón	<input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves	<input type="checkbox"/>	Graves (con internación)	<input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>	
Centro Asistencial					
¿Hubo denuncia policial? SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, en qué comisaría? _____		
Indíquese si se instruyó sumario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____		
Testigo:	Domicilio: _____				

#### **LESIONES A TERCEROS (2)**

Nombre y Apellido				Género	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº documento *				Teléfono *	
Domicilio				C.P.	
Localidad	Provincia			País	
Estado Civil				Fecha de Nacimiento * _____ / _____ / _____	
E-mail *				Nacionalidad _____	
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>	
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>		Peatón	<input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves	<input type="checkbox"/>	Graves (con internación)	<input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>
Examen de alcoholemia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se negó <input type="checkbox"/>		
Centro Asistencial					
¿Hubo denuncia policial? SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, en qué comisaría? _____			
Indíquese si se instruyó sumario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____		
Testigo:	Domicilio: _____				

#### **LESIONES A TERCEROS (3)**

Nombre y Apellido				Género	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo y Nº documento *				Teléfono *	
Domicilio				C.P.	
Localidad	Provincia			País	
Estado Civil				Fecha de Nacimiento * _____ / _____ / _____	
E-mail *				Nacionalidad _____	
Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>	
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>		Peatón	<input type="checkbox"/>
Tipo de lesiones	Leves <input type="checkbox"/>	Graves (con internación) <input type="checkbox"/>	Mortal <input type="checkbox"/>		

Examen de alcoholemia SI | NO  Se negó

Centro Asistencial \_\_\_\_\_

¿Hubo denuncia policial? SI | NO  En caso afirmativo, en qué comisaría? \_\_\_\_\_

Indíquese si se instruyó sumario SI  NO  En caso afirmativo, en qué Juzgado? \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

### LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y N° documento \* \_\_\_\_\_ Teléfono \* \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \* \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Mortal	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Tipo de lesiones Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia SI  NO  Se negó

Centro Asistencial \_\_\_\_\_

¿Hubo denuncia policial? SI  NO  En caso afirmativo, en qué comisaría? \_\_\_\_\_

Indíquese si se instruyó sumario SI  NO  En caso afirmativo, en qué Juzgado? \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326". "La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales."

"Usted podrá solicitar el retiro o bloqueo de sus datos de nuestra base de datos comunicándose al 5300-3450 -[argentina@barbuss.com](mailto:argentina@barbuss.com)"

Cualquier consulta no dude en comunicarse con nosotros al 0800-4444-587 de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 hs. y de 14:00 a 17:00 hs.