



# SEGUROMETAL

COOPERATIVA DE SEGUROS Ltda.

ALVEAR 930 2000 ROSARIO

## SECCION SINIESTROS AUTOMOVILES – DENUNCIA DE ACCIDENTES

Rosario.....de.....de.....

TODO SINIESTRO DEBERA SER COMUNICADO A LA COOPERATIVA DENTRO DE LOS 3 DIAS HABILDES (VER ADVERTENCIAS AL ASEGURADO – CONDICIONES GENERALES DE POLIZA)

SINIESTROS N°	CODIGO	Socio Asegurado:.....Tel:.....
POLIZA N°		Domicilio:.....Localidad:.....
SOCIO N°		Fecha del Accidente: Día:.....Mes:.....Año:.....Hora:.....

**DETALLE DEL VEHICULO ASEGURADO**

Tipo de Vehículo:.....Marca:.....Año:.....Color:.....

Dominio:.....N° de Chassis:.....N° de Motor:.....

**ACOPLADO**

Marca:.....Año:.....Tonelaje:.....

Dominio:.....N° de Chassis:.....

**DATOS DEL CONDUCTOR**

Nombre y Apellido:.....Fecha de Nacimiento..... Sexo: M F

N° de Registro:.....Categoría:.....Vencimiento:.....

Estado Civil:.....Tipo y N° de Documento:.....T.E.....

Domicilio:.....C. Postal:.....Conductor Habitual: "H" habitual "N" no habitual

**DETALLES DEL ACCIDENTE**

Lugar:.....Localidad:.....Provincia:.....

**AU – Autopista AV – Avenida BO – Bocacalle CA – Calle XX – Otro RU – Ruta**

Forma en que ocurrió:.....

.....

.....

(Graficar al dorso lo narrado)

Comisaría que intervino:.....Testigo: Sr./a:.....

Domicilio Testigo:.....Localidad:.....Pcia:.....Tel:.....

**CONSECUENCIAS**

Detalle de los daños ocasionados al vehículo asegurado.....

.....

Llevado al Taller.....Monto Estimado.....

LESIONADOS: En el vehículo propio: En el vehículo del tercero: Peatón:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	DOMICILIO	INTERNADO EN	NATURALEZA DE LA LESION

**DATOS DEL TERCERO**

Propietario:.....Domicilio:.....Tel:.....

Conductor:.....Domicilio:.....Registro Cond. N°:.....Tel:.....

Marca del vehículo:.....Año:..... N° de Motor:.....Dominio:.....

¿Tiene seguro?.....Compañía:.....Riesgos cubiertos:.....N° de Póliza:.....

Detalle de daños ocasionados (a vehículos o cosas).....

.....

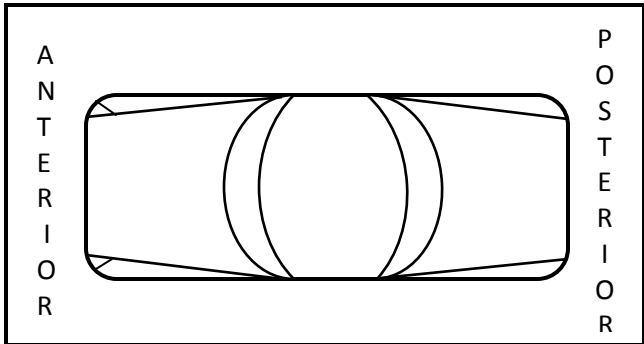
.....

.....Monto estimado:.....

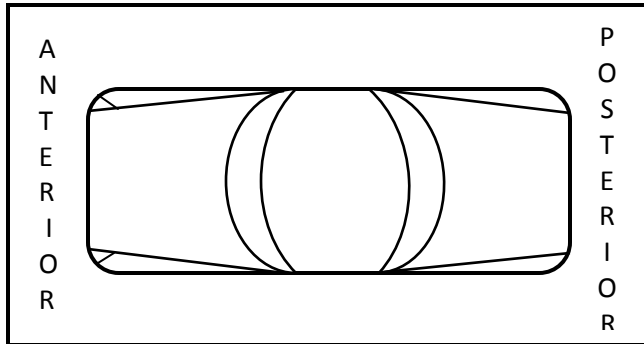
.....  
RECIBIO

.....  
FIRMA DEL ASEGURADO

**VEHICULO DEL SOCIO**

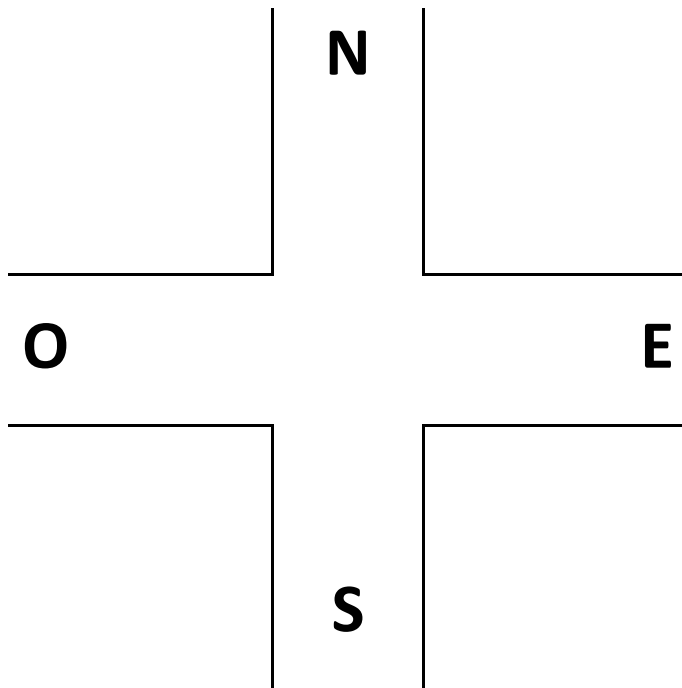


**VEHICULO DEL TERCERO**



SEÑALE CON CIRCULOS LAS PARTES DONDE LOS VEHICULOS REGISTRAN DAÑOS POR EL CHOQUE

**GRAFICO COMPLEMENTARIO CONFECCIONADO  
POR EL EXPONENTE EN FORMA ESPONTANEA  
(PONER NOMBRE DE CALLES)**



OTRAS CONSIDERACIONES DE INTERES:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
FIRMA DEL ASEGURADO