

AUTOMOTORES

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1 Fecha del siniestro
 Fecha Hora _____ Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve
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 _____

 Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento 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 _____

5 Datos del vehículo asegurado

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

 Uso del vehículo Particular Comercial o carga Taxi o remis Transporte pública Serv. de urgencia Fuerza de seguridad

 Cobertura afectada Robo Parcial Total Incendio Parcial Total Daño Parcial Total

Detalle los daños del vehículo _____

6 Detalle del otro vehículo (1)
 Propietario _____ Género F M Tipo y N° documento _____

Teléfono _____ Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Marca _____ Modelo _____ Dominio _____ Tipo _____ Cía. Seg. _____ N° pza. _____

UNIDADES REGIONALES
Buenos Aires
 Torre Berkley, Carlos Pellegrini 1023 · Piso 2
 C1009ABU · C.A.B.A. Tel. (011) 4378 8100 · bue@berkley.com.ar
Rosario
 Mitre 699 · S2000COM · Rosario
 Tel. (0341) 410 4200 · ros@berkley.com.ar
Córdoba
 Av. Colón 675 · X5000EOC · Córdoba
 Tel. (0351) 526 4500 · cba@berkley.com.ar

Uso del vehículo Particular Comercial o carga Taxi o remis Transporte público Serv. de urgencia Fuerza 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 7) NO (completar la información que sigue)

Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento

Conductor habitual del vehículo SI NO Registro N° _____ Vencimiento

7 Daños materiales a cosas

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Detalle los daños _____

8 Características del siniestro

Tipo de accidente

Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento Inmersión Incendio Explosivos Daño c/la carga

En autopista En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre puente Otro _____

Colisión con Peatón Vehículo Transporte Público Edificio Columna Animal Otro _____

Croquis

N

O

E

S

Detalles del siniestro

9 Datos del denunciante

¿Es el conductor o asegurado? SI (continuar en el punto 10) NO (completar la información que sigue)

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

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

Lugar _____ Firma _____

Fecha Hora _____

Aclaración _____

AUTOMOTORES

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1 Lesiones a terceros
 Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° 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 de Asistencia _____

2 Lesiones a terceros
 Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° 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 de Asistencia _____

3 Lesiones a terceros
 Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° 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 de Asistencia _____

UNIDADES REGIONALES
Buenos Aires
 Torre Berkley, Carlos Pellegrini 1023 · Piso 2
 C1009ABU · C.A.B.A. Tel. (011) 4378 8100 · bue@berkley.com.ar
Rosario
 Mitre 699 · S2000COM · Rosario
 Tel. (0341) 410 4200 · ros@berkley.com.ar
Córdoba
 Av. Colón 675 · X5000EOC · Córdoba
 Tel. (0351) 526 4500 · cba@berkley.com.ar