

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 Póliza Nombre del asegurado Tipo y Nº Doc.

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

Nº Motor Nº Chasis Nº de patente

Uso del vehículo: Particular Comercial o Carga Transporte público Cobertura afectada: Robo: parcial Incendio: parcial Daño: parcial
 Taxi o Remis Servicios de urgencia Fuerzas de Seguridad total total total

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre 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: Sí No Se negó ¿Es el conductor habitual del vehículo? Sí No Relación con el asegurado

DATOS DEL SINIESTRO Nº

Fecha del Siniestro Hora Localidad Provincia País

Calle Nº Intersección de / Entre y

Ruta Nº Km. Nacional Provincial Cruce con Ruta Nº Cruce señalizado? Sí No

Cruce tren Barrera: Sí No Estado barrera Cruce señalizado? Sí No

Semáforo: Sí No ¿Funciona? Sí No Intermitente: Sí No Color

Km/h al momento del accidente Estado del tiempo: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

Tipo de calzada Estado 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: Peatón Vehículo Edificio Columna Animal Otro

Intervención policial: Sí No Indicar seccional / Comisaría / Juzgado y Nº de folio / Acta

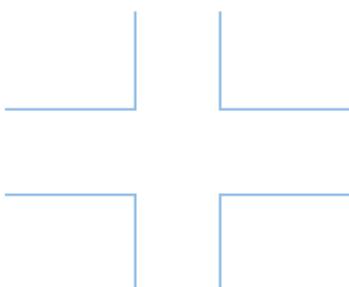
Formaqueocurrió.....

 Consecuencias.....

Monto aproximado de los daños Taller de reparaciones

Teléfono Dirección Indicar fecha de inspección

GRAFICO DEL ACCIDENTE:



TESTIGOS (Completar en caso de que corresponda)

Nombre

Profesión Tel.

Domicilio

Nombre

Profesión Tel.

Domicilio

DATOS DEL OTRO VEHICULO

Propietario Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad País Teléfono
Marca Modelo Tipo
Dominio Año N°. Motor N° Chasis
Uso del vehículo: Particular Comercial o Carga Taxi o Remis Transporte público Servicios de Urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle de los daños:.....
.....

Examen de alcoholemia del conductor: Sí No Se negó El conductor es propietario: Sí No (completar la información que sigue)
Conductor Sexo: M F Tipo y N° doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.
Estado Civil Fecha de nacimiento ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí No Registro N° Vencimiento

Propietario Sexo: M F Tipo y N° Doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.
Marca Modelo Tipo
Dominio Año N°. Motor N° Chasis
Uso del vehículo: Particular Comercial o Carga Taxi o Remis Transporte público Servicios de Urgencia Fuerzas de Seguridad

Detalle de los daños:.....
.....

Examen de alcoholemia del conductor: Sí No Se negó El conductor es propietario: Sí No (completar la información que sigue)
Conductor Sexo: M F Tipo y N° doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.
Estado Civil Fecha de nacimiento ¿Conductor habitual del vehículo?: Sí No Registro N° Vencimiento

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario Sexo: M F Tipo y N° doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.

Detalle de los daños
.....

LESIONES A TERCEROS

Nombre y Apellido Sexo: M F Tipo y N° doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.
Tipo de Lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó
Centro Asistencial Parentesco

Nombre y Apellido Sexo: M F Tipo y N° doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.
Tipo de Lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó
Centro Asistencial Parentesco

DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado: Sí No (completar la información que sigue)
Nombre y Apellido Sexo: M F Tipo y N° doc.
Domicilio C.P. Localidad País Tel.

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fecha enel día.....del mes dede 20.....

FIRMA

ACLARACION