



Av. Independencia 333 - 2322 SUNCHALES (SF)  
Tel. (03493) 428500 - Fax. (03493) 420979  
E-mail: ccentral@sancorseguros.com

## DENUNCIA DE SINIESTRO

Este formulario requiere la información mínima y obligatoria solicitada por la Circular N° 3743 y la Resolución N° 30506 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

SELLO FECHA DE ENTRADA DENUNCIA  
CASA CENTRAL, SUCURSAL CAPITAL FEDERAL Y SEDES

### AUTOMOTORES

Siniestro

Referencia:  Póliza N°:  Certificado N°:

DENUNCIA DE SINIESTRO: El asegurado comunicará el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado. (Cláusula 4 y 23 de las Condiciones Generales de la póliza. Arts. 46, 47 y 115 Ley de Seguros N°: 17418).

#### 1. FECHA DEL SINIESTRO

#### ESTADO DEL TIEMPO

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

#### 2. LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad: \_\_\_\_\_ Partido o Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: en cadena  vuelco  desplazamiento  inmersión  incendio  explosión  daño o la carga

en autopista  en calle  en avenida  en ruta  en bocacalle  en túnel  sobre puente

en pendiente  en curva  Otro: \_\_\_\_\_

Colisión con: peatón  vehículo  transp. públ.  edificio  columna  animal  Otro: \_\_\_\_\_

#### 4. DETALLES DEL SINIESTRO

##### CROQUIS

##### FORMA DE OCURENCIA

N			
O	E		
S			

INTERVINO AUT. POLICIAL?: SI  NO  INDICAR COMISARÍA: \_\_\_\_\_ SE LABRÓ SUMARIO?: SI  NO

#### 5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Tipo: \_\_\_\_\_ Marca y Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Dominio: \_\_\_\_\_ N° Motor: \_\_\_\_\_ N° 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

**Cristales**

Daños del vehículo: frontal  posterior  lateral  Alarma SI  NO

Detalle de los daños: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION PARA EL INTERMEDIARIO SINIESTRO N°:

EN CASO DE REQUERIR LA DEVOLUCIÓN DEL PRESENTE CUPÓN, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS

ZONA:  ORGANIZADOR N°:  PRODUCTOR N°:  CLIENTE N°:

REFERENCIA:  POLIZA N°:

FECHA OCURENCIA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

**6. DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre y Apellido o Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Tipo y N° documento o CUIT: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**7. 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: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Examen de alcoholemia: SI  NO  Se negó   
 Conductor habitual del vehículo? SI  NO   
 Es el propio asegurado?: SI  NO  Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_  
 Registro N°: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Expedido por: \_\_\_\_\_  
 Categoría del Registro: Particular  Carga  Profesional  Motocicleta

**8. TESTIGOS**

Testigo (1): \_\_\_\_\_ Tipo y N° Documento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Testigo (2): \_\_\_\_\_ Tipo y N° Documento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**9. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)**

Propietario: \_\_\_\_\_ Género: F  M   
 Tipo y N° documento: \_\_\_\_\_ CUIT: [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ] Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Relación con:	Asegurado:	Familiar	vecino	Amigo	otros	ninguna
	Conductor vehículo asegurado:					

Si es asegurado de Sancor indicar N° Póliza: \_\_\_\_\_ Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_ Modelo y Marca: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Dominio: \_\_\_\_\_ N° Motor: \_\_\_\_\_ N° Chasis: \_\_\_\_\_  
 Uso del vehículo: particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad   
 Daños del vehículo: frontal  posterior  lateral  Detalle: \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor: SI  NO  Se negó   
 El conductor es el propietario?: SI  NO   
 Conductor: \_\_\_\_\_ Género: F  M   
 Tipo y N° documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Relación con:	Asegurado:	familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
	Conductor vehículo asegurado:					

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

**10. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)**

Propietario: \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ CUIT:  -  -  Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Relación con:	Asegurado:	familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
	Conductor vehículo asegurado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es asegurado de Sancor indicar Nº Póliza: \_\_\_\_\_ Aseguradora: \_\_\_\_\_

Tipo de vehículo: \_\_\_\_\_ Modelo y Marca: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Dominio: \_\_\_\_\_ Nº Motor: \_\_\_\_\_ Nº chasis: \_\_\_\_\_

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

Daños del vehículo: frontal  posterior  lateral  Detalle: \_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor: SI  NO  Se negó

El conductor es el propietario? SI  NO

Conductor: \_\_\_\_\_ Género: F  M

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

Relación con:	Asegurado:	familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
	Conductor vehículo asegurado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**11. DAÑOS MATERIALES A COSAS (a propiedades, puentes, alcantarillas, postes, alambrados, etc.)**

Propietario: \_\_\_\_\_ Género F  M

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Detalle los daños: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LESIONES**

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

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

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado   
Pasajero otro vehículo  Peatón

Relación con:	Asegurado:	familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
	Conductor vehículo asegurado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de lesiones: Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia: SI  NO  Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: \_\_\_\_\_

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: \_\_\_\_\_

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

F. 2/5 - 30.000 06/05 (7) C.M.O.S.

**13. LESIONES A TERCEROS (2)**

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

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado   
 Pasajero otro vehículo  Peatón

familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relación con: Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Conductor vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones: Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia: SI  NO  Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: \_\_\_\_\_

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: \_\_\_\_\_

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

**14. LESIONES A TERCEROS (3)**

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

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado   
 Pasajero otro vehículo  Peatón

familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relación con: Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Conductor vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones: Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia: SI  NO  Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: \_\_\_\_\_

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: \_\_\_\_\_

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

**15. LESIONES A TERCEROS (4)**

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

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: Conductor otro vehículo  Pasajero vehículo asegurado   
 Pasajero otro vehículo  Peatón

familiar	vecino	amigo	otros	ninguna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relación con: Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Conductor vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

Tipo de lesiones: Leves  Graves (con internación)  Mortal

Examen de alcoholemia: SI  NO  Se negó

Quien le prestó la 1ª atención?: \_\_\_\_\_

Quién lo derivó al Centro Asistencial?: \_\_\_\_\_

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

**16. DATOS DEL DENUNCIANTE**

Es el conductor o asegurado? SI  NO

En caso de no serlo, indicar en que carácter realiza la denuncia: \_\_\_\_\_

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

Tipo y Nº documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

**17. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada**

Lugar: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_