

1- DATOS DEL SINIESTRO

Aseguradora: _____ Póliza Nro.: _____ Siniestro N° _____

2- FECHA DEL SINIESTRO

Fecha del Accidente: ___/___/___ Hora: _____ Diurno Nocturno
Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

3- LUGAR DEL SINIESTRO

Calle _____ N° _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____ C.P. _____
Tipo de calzada Ripio Asfalto Estado de calzada S M
JERARQUIA Calle Avenida Sentido de la marcha _____
Intersección de/Entre _____ Tipo de calzada: Ripio Asfalto Estado de calzada S M
Jerarquía: Calle Avenida Sentido de la marcha _____
Ruta N° _____ Km _____ Nacional _____ Provincial _____ Cruce con ruta N° _____ ¿Señalizado? Sí No
Cruce tren barrera Sí No ¿Cruce señalado? Sí No estado barrera _____
Semáforo: Sí No ¿Funciona? Sí No Intermitente _____ Color _____

4- DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre y Apellido _____ Género: F M
Tipo y N° documento: _____ Edad _____ Teléfono _____ Estado Civil _____
Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ País _____
¿Examen de alcoholemia? Sí No Se negó
¿Conductor habitual del vehículo? Sí No Registro N° _____ Vencimiento ___/___/___
¿Es el propio asegurado? Sí (continuar en el punto 5) No Relación con el asegurado _____

5- DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social _____ Tipo y N° documento _____ Edad _____
Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ Teléf. _____

6- DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____ Dominio _____
Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____
Uso del vehículo: Particular Comercial- Carga Taxi-Remis Transporte Público Servicios Urgencia Fuerza Seguridad
Cobertura Afectada: Robo Parcial Robo Total Incendio Parcial Incendio Total Daño Parcial Daño Total
Detalle los datos del vehículo _____

7- CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente: Fronta Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento
Inmersión Incendio Explosión Daño c/la carga
En Autopista En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre Puente Otro _____
Colisión con: Peatón Vehículo Transp. Público Edificio Columna Animal Otro _____

8- CROQUIS DEL ACCIDENTE

Indicar prioridad de paso – Sentido de Circulación del vehículo y calles – Mano única, doble mano o cantidad de carriles.
Lugar del accidente.

		N	DETALLES DEL SINIESTRO			
O	E					
		S				

TESTIGOS		
Nombre y Apellido	Domicilio	Localidad

Centros de atención

Oficina Comercial
Laprida y 25 de Mayo (8500) Viedma/Río Negro
Teléfonos: (02920) 496543

Casa Central
San Martín N° 442 (8500) Viedma / Río Negro
Teléfonos: (02920) 496500/ 0800-222-0338

Visita nuestra web

www.horizonte.com.ar
info@horizonte.com.ar

AUTOMOTORES - DENUNCIA STRO V.1.0 - Original Compañía

9- DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1)

Propietario _____ Género: F M
 Tipo y N° documento: _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ País _____
 Marca _____ Modelo _____ Tipo _____ Dominio _____
 Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del vehículo: Particular Comercial- Carga Taxi-Remis Transporte Público Servicios Urgencia Fuerza Seguridad
 Detalle los daños del vehículo _____

¿Examen de alcoholemia del conductor? Sí No Se negó

¿El conductor es el Propietario? Sí No

Conductor _____ Género: F M

Tipo y N° documento: _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ País _____

Estado civil _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

¿Conductor habitual del vehículo? Sí No Registro N° _____ Vencimiento ____/____/____

10- DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2)

Propietario _____ Género: F M
 Tipo y N° documento: _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ País _____
 Marca _____ Modelo _____ Tipo _____ Dominio _____
 Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso del vehículo: Particular Comercial- Carga Taxi-Remis Transporte Público Servicios Urgencia Fuerza Seguridad
 Detalle los daños del vehículo _____

¿Examen de alcoholemia del conductor? Sí No Se negó

¿El conductor es el Propietario? Sí No

Conductor _____ Género: F M

Tipo y N° documento: _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ País _____

Estado civil _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

¿Conductor habitual del vehículo? Sí No Registro N° _____ Vencimiento ____/____/____

11- LESIONES A TERCEROS

Transportados No transportados

Apellido y Nombres Completos: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P. _____ Provincia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Documento Identidad: Tipo _____ N° _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado Civil: _____ Género: _____

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 Asistencial: _____

12- DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género: F M

Tipo y N° documento: _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ País _____

Detalle de los daños: _____

13- DAÑOS MATERIALES A COSAS

LOS DATOS Y DEMÁS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

DENUNCIA POLICIAL SI NO

Comisaría N° _____ Localidad _____

ASEGURADO

CONDUCTOR

Lugar y Fecha: _____ Firma: _____ Firma: _____

Hora _____ Aclaración _____ Aclaración: _____

DOCUMENTACION QUE DEBERA ADJUNTARSE AL RECLAMO: 1) Copia de la Exposición Policial. 2) Fotocopia del Carnet de Conductor. 3) Fotocopias de la Cédula de Identidad del Automotor o Título de Propiedad del mismo (en caso de Robo o Destrucción total del vehículo). 4) En caso de coberturas D1 y D2 Presupuestos de reparación: mecánica, chapa y pintura y de repuestos-(dos de cada uno). 5)- Fotografía de los daños y una que identifique el número de patente.