

DENUNCIA DE SINIESTRO**AUTOMOTORES**

Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. FECHA DEL SINIESTROFecha ____/____/____ Hora _____ Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve **ESTADO DEL TIEMPO****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 ASEGURADONombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento * _____ Teléfono * _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

E-Mail * _____ Fecha de Nacimiento * ____ / ____ / ____

Estado Civil _____ Nacionalidad _____

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 _____

E-Mail * _____ Nacionalidad _____

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 público servicios de urgencia fuerzas de seguridad Cobertura afectada Robo parcial total Incendio parcial total Daño parcial total

Detalle los daños del vehículo _____

Monto aproximado de los daños: _____ Taller mecánico donde será llevado: _____

Indicar lugar y fecha: _____

6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento * _____ Teléfono * _____

(*) CAMPO OBLIGATORIO
Cumplimentando lo solicitado EVITARÁ DEMORAS.

Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
E-Mail * _____ Nacionalidad _____
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 los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) 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 * ____ / ____ / ____
Nacionalidad _____
Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N°. _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____

7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario _____ Género F M
Tipo y N° documento * _____ Teléfono * _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
E-Mail * _____ Nacionalidad _____
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 los daños del vehículo _____

Examen de alcoholemia del conductor SI NO Se negó
El conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) 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* ____ / ____ / ____
Nacionalidad _____
Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N°. _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____

8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F M
Tipo y N° documento * _____ Teléfono * _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
E-Mail * _____ Nacionalidad _____
Detalle los daños : _____

9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente Frontal 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. Públ Edificio Columna Animal Otro: _____
¿A cuántos kilómetros por hora circulaba el vehículo asegurado? _____

CROQUIS

N	
	E
O	
	S

DETALLES DEL SINIESTRO

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en que comisaría? _____
Testigo: _____ Domicilio: _____

10. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI (continuar en el punto 11) NO (completar la información que sigue)
Nombre y Apellido _____ Género F M
Tipo y Nº documento * _____ Teléfono * _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
E-mail * _____ Nacionalidad _____

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

Lugar _____ Firma _____
Fecha ____ / ____ / ____
Hora _____ Aclaración _____

DS - AU - 0421

AUTOMOTORES

Póliza Nº _____ Siniestro Nº _____

1. LESIONES A TERCEROS (1)Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y Nº documento * _____ Teléfono * _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento * ____ / ____ / ____

E-mail * _____ Nacionalidad _____

Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Peatón	<input type="checkbox"/>

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

LESIONES A TERCEROS (2)Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y Nº documento * _____ Teléfono * _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento * ____ / ____ / ____

E-mail * _____ Nacionalidad _____

Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Peatón	<input type="checkbox"/>

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

LESIONES A TERCEROS (3)Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y Nº documento * _____ Teléfono * _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento * ____ / ____ / ____

E-mail * _____ Nacionalidad _____

Relación con el asegurado	Conductor otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado	<input type="checkbox"/>
	Pasajero otro vehículo	<input type="checkbox"/>	Peatón	<input type="checkbox"/>

Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y Nº documento * _____ Teléfono * _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento * ____ / ____ / ____

E-mail * _____ Nacionalidad _____

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 _____

¿Hubo denuncia policial? SI NO En caso afirmativo, en qué comisaría? _____

Indíquese si se instruyó sumario SI NO En caso afirmativo, en qué Juzgado? _____

Testigo: _____ Domicilio: _____

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326". "La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales."
"Usted podrá solicitar el retiro o bloqueo de sus datos de nuestra base de datos comunicándose al 5300-3450 – marketing@hdi.com.ar."
Cualquier consulta no dude en comunicarse con nosotros al 0800-4444-587 de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 hs. y de 14:00 a 17:00 hs.

DS - AU - 0421