CAJA DE SEGUROS S.A.
SEGURO DE AUTOMOTORES
COMPLEMENTO DENUNCIA DE SINIESTRO CON LESIONES/MUERTE

La información que se requiere a continuación es de fundamental importancia para el tratamiento del siniestro que usted nos está denunciando.

Contar con la mayor y más precisa información en el menor tiempo posible es de gran ayuda a los efectos de evitar problemas futuros.

Póliza N° | Siniestro N°

Lesionados y/o muertos Transportados o No transportados en el vehiculo asegurado

Transportado Si ☐ No ☐ | No Transportado Si ☐ No ☐

1.- Nombre y Apellido

Género F ☐ M ☐ | Fecha de Nacimiento (*) | Tipo y N° documento

Estado Civil | Domicilio

Código Postal | Localidad | Provincia | País

Teléfono: Particular | Celular | Laboral

Ocupación/Profesión actual

Datos del empleador (dirección, teléfono, etc.)

Relación laboral o parentesco del asegurado y/o conductor con el lesionado/muerto

Conductor otro vehículo ☐ | Pasajero vehículo asegurado ☐ | Pasajero otro vehículo ☐

Lesiones sufridas

Tipo de lesiones Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Perdió el conocimiento? Si ☐ No ☐

Examen de alcoholemia Si ☐ No ☐ Se negó ☐

Nombre y domicilio del centro asistencial donde fue derivado:

Quedó internado? (si/no)

Trasladado por (**)

Atendido por el Dr./a. | Historia clínica n°

Observaciones

(*) Si fuera menor en "observaciones" anotar datos del padre y de la madre, dirección, teléfono, etc.
(**) Indicar: policía, municipalidad. Terceros, privado o asegurado.

Transportado Si ☐ No ☐ | No Transportado Si ☐ No ☐

2.- Nombre y Apellido

Género F ☐ M ☐ | Fecha de Nacimiento (*) | Tipo y N° documento

Estado Civil | Domicilio

Código Postal | Localidad | Provincia | País

Teléfono: Particular | Celular | Laboral

Ocupación/Profesión actual

Datos del empleador (dirección, teléfono, etc.)

Relación laboral o parentesco del asegurado y/o conductor con el lesionado/muerto

Conductor otro vehículo ☐ | Pasajero vehículo asegurado ☐ | Pasajero otro vehículo ☐

Lesiones sufridas

Tipo de lesiones Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Perdió el conocimiento? Si ☐ No ☐

Examen de alcoholemia Si ☐ No ☐ Se negó ☐

Nombre y domicilio del centro asistencial donde fue derivado:

Quedó internado? (si/no)

Trasladado por (**)

Atendido por el Dr./a. | Historia clínica n°

Observaciones

(*) Si fuera menor en "observaciones" anotar datos del padre y de la madre, dirección, teléfono, etc.
(**) Indicar: policía, municipalidad. Terceros, privado o asegurado.

Aseguradora: | Póliza N°: | Siniestro N°:

Lesionados y/o muertos Transportados o No transportados en el vehiculo asegurado

Transportado Si ☐ No ☐ No Transportado Si ☐ No ☐

3.- Nombre y Apellido

Género F ☐ M ☐ | Fecha de Nacimiento (*) | Tipo y N° documento

Estado Civil | Domicilio

Código Postal | Localidad | Provincia | País

Teléfono: Particular | Celular | Laboral

Ocupación/Profesión actual

Datos del empleador (dirección, teléfono, etc.)

Relación laboral o parentesco del asegurado y/o conductor con el lesionado/muerto

Conductor otro vehículo ☐ | Pasajero vehículo asegurado ☐ | Pasajero otro vehículo ☐

Lesiones sufridas

Tipo de lesiones Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Perdió el conocimiento? Si ☐ No ☐

Examen de alcoholemia Si ☐ No ☐ Se negó ☐

Nombre y domicilio del centro asistencial donde fue derivado:

Quedó internado? (si/no)

Trasladado por (**)

Atendido por el Dr./a. | Historia clínica n°

Observaciones

(*) Si fuera menor en "observaciones" anotar datos del padre y de la madre, dirección, teléfono, etc.
(**) Indicar: policía, municipalidad. Terceros, privado o asegurado.

Transportado Si ☐ No ☐ No Transportado Si ☐ No ☐

4.- Nombre y Apellido

Género F ☐ M ☐ | Fecha de Nacimiento (*) | Tipo y N° documento

Estado Civil | Domicilio

Código Postal | Localidad | Provincia | País

Teléfono: Particular | Celular | Laboral

Ocupación/Profesión actual

Datos del empleador (dirección, teléfono, etc.)

Relación laboral o parentesco del asegurado y/o conductor con el lesionado/muerto

Conductor otro vehículo ☐ | Pasajero vehículo asegurado ☐ | Pasajero otro vehículo ☐

Lesiones sufridas

Tipo de lesiones Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal ☐

Perdió el conocimiento? Si ☐ No ☐

Examen de alcoholemia Si ☐ No ☐ Se negó ☐

Nombre y domicilio del centro asistencial donde fue derivado:

Quedó internado? (si/no)

Trasladado por (**)

Atendido por el Dr./a. | Historia clínica n°

Observaciones

(*) Si fuera menor en "observaciones" anotar datos del padre y de la madre, dirección, teléfono, etc.
(**) Indicar: policía, municipalidad. Terceros, privado o asegurado.

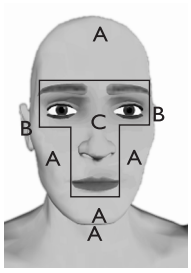
CROQUIS DE LESIONES

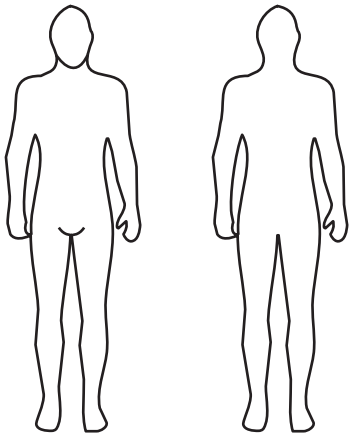
Señale las lesiones en el rostro teniendo en cuenta: **Zona A**: regiones del cuero cabelludo, frente, mejillas, mentón y cuello. **Zona B**: regiones auriculares y **Zona C**: regiones orbitales, nasal y bucal.

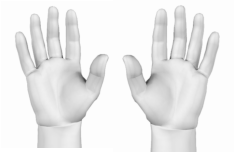
Marque las lesiones en el cuerpo de la siguiente forma: Fractura **X,** Quemado //// Amputado \\\\ y Heridas/Laceraciones **H**

Aseguradora: | Póliza Nº: | Siniestro Nº:

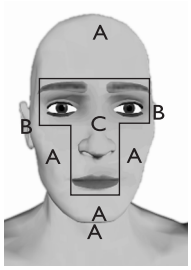
Persona 1

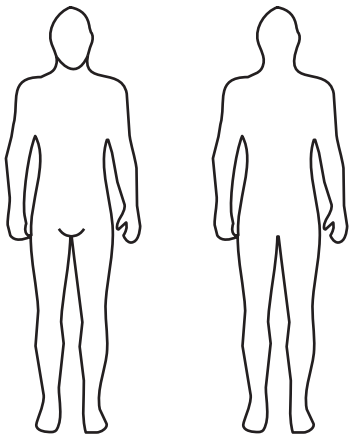


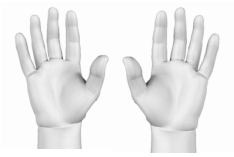




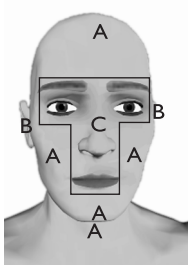
Persona 2

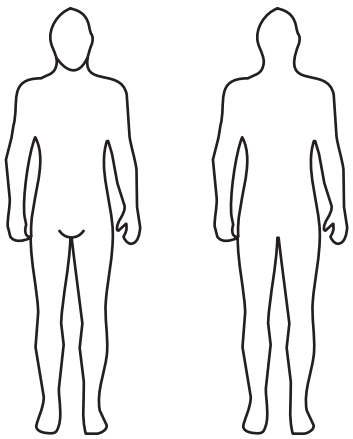


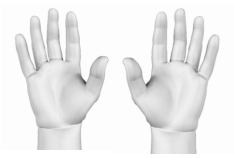




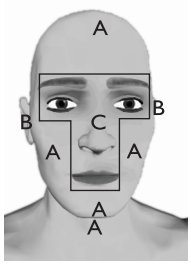
Persona 3

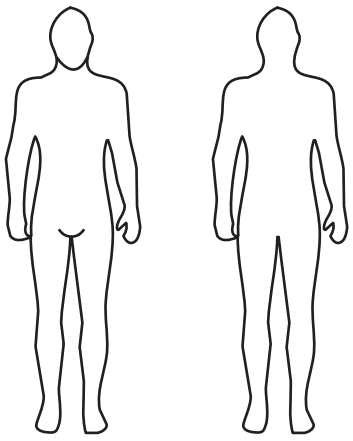


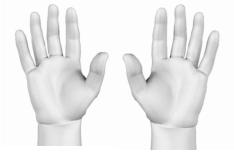




Persona 4







Aseguradora: | Póliza N°: | Siniestro N°:

CROQUIS DEL SINIESTRO

Indique nombre de las calles y sentido de circulación →

Individualice cada vehículo, numérelo e indique el sentido de circulación, señalando con "A" al vehículo asegurado y con números sucesivos (1; 2; etc. a los siguientes)

Indique con trazo discontinuo el sentido de circulación luego del hechoy marque la ubicación final del coche.

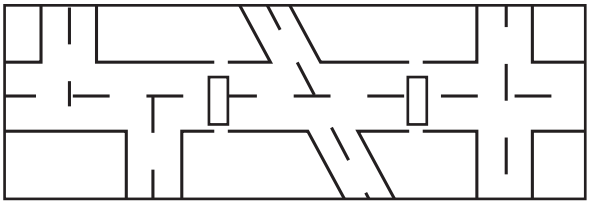
Identifique motocicletas o bicicletas con peatón(es) con cruce ferroviario con

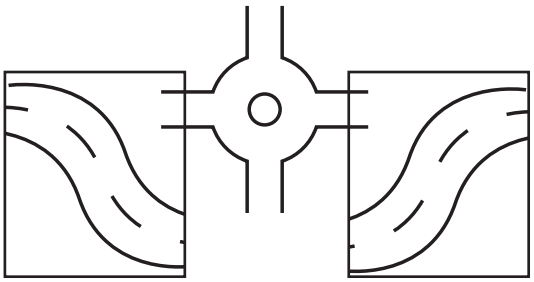
Senda peatonal carteles como (aclarando: Pare, Velocidad Max., Velocidad Mínima, Ceda el paso, etc.)

Lomos de burro con señale los vehículos estacionados como:

Semáforos: (Indicando si hay señal especial para giro)

Modelos de Intersección





DECLARO que la información suministrada es correcta y se ajusta fielmente a lo acontecido, tomando expreso conocimiento que toda falsedad o reticencia será considerada según lo previsto por la Ley de Seguros N° 17.418

Fecha

Firma y aclaración del asegurado

Firma y aclaración del empleado