

Formulario de Denuncia de Siniestro - Asegurado

Sección Automóviles

Póliza N°: _____ Item _____ Siniestro _____

Le agradecemos tenga en cuenta estas recomendaciones antes de completar el formulario:

1. No deje de completar todos los datos de este formulario.
2. Recuerde firmarlo y fecharlo.
3. Siga los pasos que le indicamos.

Encaso de un siniestro:

- a. Lea las páginas de su Póliza.
 - b. Si alguna persona sufrió lesiones en el accidente, por favor comuníquese lo antes posible con la Compañía.
- Por favor, asegúrese de dejarnos un teléfono al que podamos llamarlo, de 9 a 18 hs., en el caso que un representante de la Compañía necesite contactarlo.
- Si lo considera necesario, agregue una hoja a este formulario, para ampliar información.

Importante:

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo. El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido: _____ DNI _____

Domicilio: _____ Tel _____

Localidad _____ Provincia _____ CP _____

Edad: _____ Estado Civil _____ Sexo _____

Profesión _____

Registro N° _____ Vto. _____ Exp. por: _____

Datos del Conductor

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Edad: _____ Estado Civil _____ Sexo _____

Registro N° _____ Vto. _____ Exp. por: _____

Profesión _____

Relación con el asegurado _____

Datos del Vehículo Asegurado

Tipo: _____ Marca _____ Diesel: SI ☐ NO ☐

Modelo: _____ Año _____ GNC: SI ☐ NO ☐

Motor: _____ Chasis _____ Alarma: SI ☐ NO ☐

Patente: _____ Color del Auto _____ Uso o destino _____

Vehículo prendado: SI ☐ NO ☐ Acredor prendario: _____ Tel: _____

Lugar de Ocurrencia

Dirección _____ Localidad _____ CP _____

Fecha _____ Hora _____

Choque en cadena ☐ Calle ☐ Bocacalle ☐ Avenida ☐ Autopista ☐ Ruta ☐

Existe señalización SI ☐ NO ☐ Tipo _____ Estado de calzada _____

Forma de Ocurrencia

Explique en forma detallada como ocurrió

En el caso de Choque en Cadena, detallar conductores y patentes de todos los vehículos involucrados

En caso de robo

¿Estaba permitido estacionar en el lugar del robo? SI ☐ NO ☐

¿Hizo alguna gestión para tratar de ubicar el vehículo? SI ☐ NO ☐

¿Cuál?

Intervención Policial

¿Concurrió personal policial al lugar del hecho? SI ☐ NO ☐

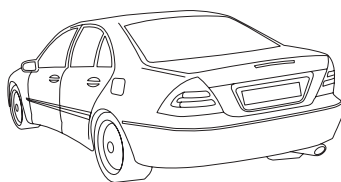
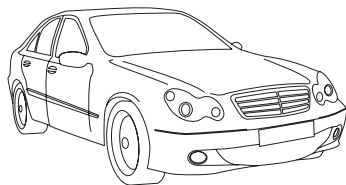
Comisaria:

 Acta N°:

Juzgado:

 Secretaría:

Daños al vehículo asegurado



Detallar:

Inspección: (*)

Taller de inspección:

 Domicilio

Tel:

 Fecha de la inspección:

 Hora:

(*) Muy importante

Todas las inspecciones deberán ser solicitadas con 48 hs. de anticipación. Ningún trabajo de reparación indemnizable por la Compañía, podrá ser ordenado por el asegurado sin que previamente haya sido verificado y autorizado por la Compañía.

Lesión a Terceros (Personas) SI ☐ NO ☐

Nombre y Apellido _____ Edad _____ DNI _____

Domicilio _____ Tel _____

Ocupante del 3ro. ☐ Vehículo del Aseg. ☐ Peatón y/u otros ☐ Tipo de Lesión: Leve ☐ Grave ☐ Muerte ☐

Relación con el Asegurado: _____

Nombre y Apellido _____ Edad _____ DNI _____

Domicilio _____ Tel _____

Ocupante del 3ro. ☐ Vehículo del Aseg. ☐ Peatón y/u otros ☐ Tipo de Lesión: Leve ☐ Grave ☐ Muerte ☐

Relación con el Asegurado: _____

Nombre y Apellido _____ Edad _____ DNI _____

Domicilio _____ Tel _____

Ocupante del 3ro. ☐ Vehículo del Aseg. ☐ Peatón y/u otros ☐ Tipo de Lesión: Leve ☐ Grave ☐ Muerte ☐

Relación con el Asegurado: _____

Hospital

¿Fueron trasladados a algún Hospital? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

¿A través de qué medio fueron trasladados? _____

Datos del Tercero: (Vehículos) Según Cédula Verde

Propietario: _____ DNI: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ CP: _____

Conductor: _____ DNI: _____ Edad: _____ Tel: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Prov.: _____ CP: _____

Registro N° _____ Exp. por: _____ Categoría: _____ Vto.: _____

Tipo/Vehículo: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____ Año: _____

Chasis: _____ Patente: _____ Motor: _____ Color: _____

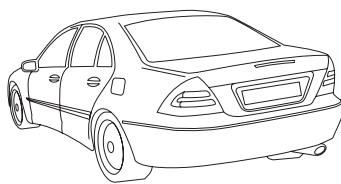
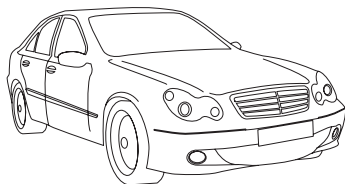
Ocupación actual: _____

Detalle de daños: _____

Relación con el Asegurado: _____

Asegurado en: _____ Póliza N°: _____

Daños al vehículo del tercero



Detallar: _____

¿Observó daños anteriores a los ocasionados? SI ☐ NO ☐

Detallar : _____

Descripción del accidente**Datos del Tercero (Propiedades)**Propiedades ☐ Postes ☐ Alcantarillas ☐ Puentes ☐

Propietario: _____

Ubicación de la propiedad dañada: _____

Detalles de los daños ocasionados: _____

Datos de Testigos

Apellido y Nombres: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____

Apellido y Nombres: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____

Datos obligatorios

Calle o Avenida de Circulación (Asegurado): _____

Sentido del Tráfico: _____

¿Mano única? SI ☐ NO ☐

Calle o Avenida de Circulación (Tercero): _____

Sentido del Tráfico: _____

¿Mano única? SI ☐ NO ☐ ¿Había semáforos? SI ☐ NO ☐ ¿Funcionan correctamente? SI ☐ NO ☐

Color al momento del accidente: _____

Declaración del Reclamante

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

Nombre Completo del Asegurado

Aclaración y DNI

Dirección de e-mail

Fecha

Enviar a:
siniestrosarg@chubb.com**Aviso de protección de datos**

Chubb Seguros Argentina S.A. ("Chubb") recaba y procesa la información personal que usted le proporciona. Chubb mantendrá la confidencialidad de esta información de conformidad con la legislación sobre privacidad de datos de la Argentina. Chubb utilizará y almacenará su información personal en una base de datos electrónica segura. Usted podrá acceder a la información personal provista mediando una solicitud razonable.

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 DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN 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. LEY 25.326 - ART 27 - INCISO 3RO: EL TITULAR PODRÁ, EN CUALQUIER MOMENTO, SOLICITAR EL RETIRO O BLOQUEO SU NOMBRE DE LOS BANCOS DE DATOS A LOS QUE SE REFIERE EL PRESENTE ARTÍCULO. DECRETO 1158/01 - ART.27 - 3ER. PÁRRAFO. EN TODA COMUNICACIÓN CON FINES DE PUBLICIDAD QUE SE REALICE POR CORREO, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, INTERNET U OTRO MEDIO A DISTANCIA A CONOCER, SE DEBERÁ INDICAR, EN FORMA EXPRESA Y DESTACADA, LA POSIBILIDAD DEL TITULAR DEL DATO DE SOLICITAR EL RETIRO O BLOQUEO, TOTAL O PARCIAL, DE LA BASE DE DATOS. A PEDIDO DEL INTERESADO, SE DEBERÁ INFORMAR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE O USUARIO DEL BANCO DE DATOS QUE PROVEYÓ LA INFORMACIÓN.