

**RAMO AUTOMOTORES**  
DENUNCIA DE SINIESTRO O ACCIDENTE

**PROVINCIA Seguros**

|               |              |                  |               |
|---------------|--------------|------------------|---------------|
| POLIZA NUMERO | FLOTA NUMERO | SINIESTRO NUMERO | FECHA DE PAGO |
|---------------|--------------|------------------|---------------|

**LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO**

|                                  |                |                        |
|----------------------------------|----------------|------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRES DEL ASEGURADO | CLIENTE NUMERO | TIPO Y N° DE DOCUMENTO |
|----------------------------------|----------------|------------------------|

|   |               |
|---|---------------|
| DOMICILIO (Calle, N°, Piso, Departamento) | CODIGO POSTAL |
|---|---------------|

|           |          |                              |                       |                     |
|-----------|----------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| LOCALIDAD | TELEFONO | OTRO TELEFONO (celular, etc) | DIRECCION DE E - MAIL | OCUPACION ASEGURADO |
|-----------|----------|------------------------------|-----------------------|---------------------|

|       |        |                  |                    |     |     |
|-------|--------|------------------|--------------------|-----|-----|
| MARCA | MODELO | TIPO DE VEHICULO | N° DE CHASIS/MOTOR | USO | AÑO |
|       |        |                  | C                  |     |     |
|       |        |                  | M                  |     |     |

|         |                              |             |                     |                                |
|---------|------------------------------|-------------|---------------------|--------------------------------|
| PATENTE | COLOR DE LA UNIDAD ASEGURADA | KILOMETRAJE | EQUIPO DE GAS (GNC) | TIT. PROP. ROBADO C/ AUTOMOVIL |
| Letras  | Números                      |             | SI NO               | SI NO                          |

|                                  |            |          |      |      |
|----------------------------------|------------|----------|------|------|
| APELLIDO Y NOMBRES DEL CONDUCTOR | TIPO COND. | E. CIVIL | SEXO | EDAD |
|----------------------------------|------------|----------|------|------|

|           |              |          |        |             |                                    |                         |
|-----------|--------------|----------|--------|-------------|------------------------------------|-------------------------|
| Categoría | Expedido por | REGISTRO | Número | Vencimiento | PARENTESCO O RELAC. C/EL ASEGURADO | OCUPACION DEL CONDUCTOR |
|-----------|--------------|----------|--------|-------------|------------------------------------|-------------------------|

|           |               |           |          |
|-----------|---------------|-----------|----------|
| DOMICILIO | CODIGO POSTAL | LOCALIDAD | TELEFONO |
|-----------|---------------|-----------|----------|

**DETALLES DEL ACCIDENTE**

|       |          |
|-------|----------|
| LUGAR | CODIGO * |
|-------|----------|

|           |                |       |      |
|-----------|----------------|-------|------|
| LOCALIDAD | COD. PROVINCIA | FECHA | HORA |
|-----------|----------------|-------|------|

SE EFECTUO DENUNCIA POLICIAL  SI  NO SE INSTRUYO SUMARIO  SI  NO

COMISARIA \_\_\_\_\_ FOLIO N° \_\_\_\_\_

| TESTIGOS           |           |          |
|--------------------|-----------|----------|
| APELLIDO Y NOMBRES | DOMICILIO | TELEFONO |
|                    |           |          |
|                    |           |          |

FORMA EN QUE OCURRIÓ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

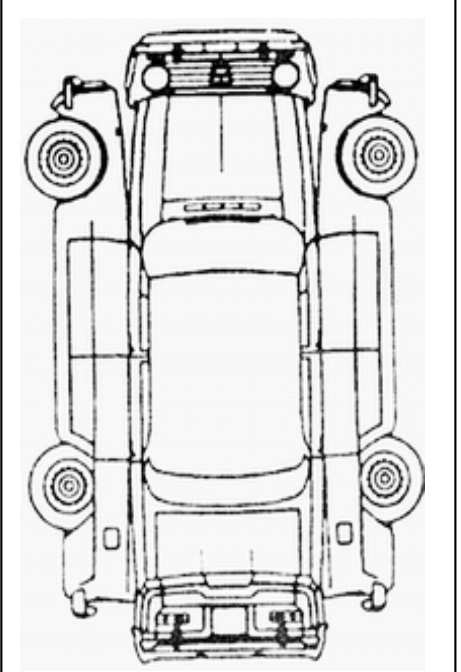
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CROQUIS DEL ACCIDENTE**  
COMPLETAR OBLIGATORIAMENTE

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| N | O | E | S |
|---|---|---|---|

**ESQUEMA DE LOS DAÑOS**



**CONSECUENCIAS**

DAÑOS OCASIONADOS EN EL VEHICULO: CARROCERIA  MECANICA

DETALLE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE INSPECCION: A CONVENIR  TALLER  \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ COD. POSTAL \_\_\_\_\_

**DATOS DEL VEHICULO CON EL CUAL TUVO EL ACCIDENTE**

|                                  |        |                  |                                    |              |                     |
|----------------------------------|--------|------------------|------------------------------------|--------------|---------------------|
| PROPIETARIO                      |        |                  | TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO         |              |                     |
| DOMICILIO                        |        |                  | COD. POSTAL                        | LOCALIDAD    | TELEFONO            |
| APELLIDO Y NOMBRES DEL CONDUCTOR |        |                  | REGISTRO                           |              |                     |
|                                  |        |                  | Categoría                          | Expedido por | Número              |
|                                  |        |                  |                                    |              | Vencimiento         |
| DOMICILIO                        |        |                  | CODIGO POSTAL                      | LOCALIDAD    | TELEFONO            |
| MARCA                            | MODELO | TIPO DE VEHICULO | USO                                | AÑO          | COLOR DE LA UNIDAD  |
| NUMERO DE CHASIS/MOTOR           |        | PATENTE          | PARENTESCO O RELAC. C/EL ASEGURADO |              | Ocupac. DEL TERCERO |
| Chasis                           | Motor  |                  |                                    |              |                     |

DETALLES DE LOS DAÑOS SUFRIDOS: \_\_\_\_\_

ASEGURADO EN: \_\_\_\_\_ POLIZA N°: \_\_\_\_\_

**DAÑOS A PROPIEDADES, PUENTES, ALCANTARILLAS, POSTES ALAMBRADOS, ETC.**

|                                  |  |               |           |
|----------------------------------|--|---------------|-----------|
| PROPIETARIO                      |  |               |           |
|                                  |  |               |           |
| DOMICILIO                        |  | CODIGO POSTAL | LOCALIDAD |
|                                  |  |               |           |
| UBICACION DE LA PROPIEDAD DAÑADA |  | CODIGO POSTAL | LOCALIDAD |
|                                  |  |               |           |

DETALLE DE LOS DAÑOS SUFRIDOS: \_\_\_\_\_

| LESIONES A PERSONAS |                           |           | REFERENCIAS   |        |        |  |   |   |   |   |  |  |  |
|---------------------|---------------------------|-----------|---|--------|--------|--|---|---|---|---|--|--|--|
| APELLIDO Y NOMBRES  | VINCULO CON EL ASEGURADO* | DOMICILIO | 1- Conductor vehículo asegurado 2- Conductor otro vehículo 3- Pasajero vehículo asegurado |        |        | 4- Pasajeros otro vehículo 5- Peatones |   |   |   |   |  |  |  |
|                     |                           |           | LEVES   | GRAVES | MUERTE | 1                                      | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |
|                     |                           |           |   |        |        |  |   |   |   |   |  |  |  |
|                     |                           |           |   |        |        |  |   |   |   |   |  |  |  |
|                     |                           |           |   |        |        |  |   |   |   |   |  |  |  |

\* Grado de parentesco, amistad, otros.

**INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA EL CASO DE SINIESTRO**

- I - La denuncia de accidente deberá ser formulada directamente por el Asegurado DENTRO DE LOS TRES DIAS DE OCURRIDO, por cuanto según "Advertencias al Asegurado" de las Condiciones Generales, NO ESTAN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES no denunciados en este plazo. En caso de imposibilidad se podrá anticipar por telegrama o telefónicamente. En oportunidad de formular la denuncia, presentará:
    - a - POLIZA
    - b - CARNET DE PAGO al día de la Póliza y/o Endoso (si lo hubiera). Este requisito no es aplicable a los asegurados incorporados al sistema de descuento.
    - c - PRESUPUESTO DETALLADO DE LA REPARACION A EFECTUAR firmado y fechado por el tallerista. Cuando por causas especiales no pudiera cumplimentar este punto, dicho presupuesto deberá ser entregado al inspector en el momento de efectuar la inspección, la que será encomendada con 48 horas hábiles de posterioridad a la fecha de recepción de la denuncia.
    - d - DENUNCIAS POLICIALES. Se exigirá denuncia policial cuando se trate de:
      - 1 - Sinistros acaecidos bajo el Capítulo "A" - Responsabilidad Civil hacia Terceros no Transportados y "C" - Robo o hurto - de las Condiciones Generales de póliza;
      - 2 - Sinistros acaecidos bajo el Capítulo "B" - Daños al Vehículo - de las Condiciones Generales y que se encuentren involucrados terceros en el acontecimiento;
  - II - Para no verse perjudicado, deberá cumplir con los requisitos indicados en el punto I., AUNQUE NO SE PROPONGA REALIZAR LAS REPARACIONES
  - III - INSPECCION: Indicar fecha o marcar a convenir o telefónicamente a los números (Conmutador): 4346-7300 (líneas rotativas) o personalmente a Carlos Pellegrini 71, Capital Federal.
  - IV - a- OFRECIMIENTO DE INDEMNIZACION: a partir de las 48 horas hábiles de realizada la inspección o de la fecha de recibido el presupuesto - (punto Apartado C) el Asegurado deberá retirar de Provincia Seguros S.A. el ofrecimiento de indemnización. La Entidad no extiende Orden de Reparación, ésta la recibirá el tallerista directamente del Asegurado.
    - b- LLAMADO A PRESUPUESTAR: Cuando lo estime conveniente esta Entidad dispondrá presupuestar la reparación de los daños. En estos casos, el Asegurado deberá retirar de Provincia Seguros S.A., seis días hábiles después de realizada la inspección, el ofrecimiento de indemnización.
  - V - DAÑOS, ROBO Y/O HURTO DE ANTENAS, CUBIERTAS, CAMARAS Y LLANTAS; Esta Entidad podrá proveer al Asegurado el elemento dañado, roba do y/o hurtado cuando corresponda su reposición.
  - VI - TRABAJOS TERMINADOS: Esta Entidad, cuando lo estime conveniente, dispondrá la verificación del trabajo terminado.
  - VII - FACTURA: Se deberá presentar acorde a la legislación vigente.
  - VIII - PAGO DEL SINIESTRO: La indemnización se pagará al Asegurado (en esa oportunidad deberá presentar carnet/s de pago al día); en el caso de que éste lo autorice, al Tallerista. Para tal fin se debe suscribir el formulario habilitado al efecto.
  - IX - EN CASO DE RESPONSABILIDAD CIVIL:
    - a- No acepte reclamaciones de terceros ni admita culpabilidad. Límitese a poner en contacto a los damnificados con el Asegurador.
    - b- Si el accidente produce lesiones a terceras personas, NO OLVIDE QUE SE LE SEGUIRA PROCESO CRIMINAL. En su propio interés, debe obtener testigos; no debe concurrir a ninguna citación judicial o policial sin comunicarse previamente con el Asegurador, a efectos de asesorarse. Si no hubiera tiempo par a visar al Asegurador, sea cuidadoso al relatar las circunstancias del hecho. Una descripción vaga e inexacta puede dar lugar a su condena en el PROCESO CRIMINAL.
- SEÑOR ASEGURADO: El Asegurador no administrará acumulación de daños si no ha recibido una denuncia en término por cada accidente. Inmediatamente de tener conocimiento del robo de su automotor, dentro del radio de la Capital Federal y Gran Buenos Aires, DENUNCIELO TELEFONICAMENTE AL COMANDO RADIO-ELECTRICO, TEL.: 101, desde donde se irradiará el pedido de secuestro del vehículo. Además, deberá ratificar esta denuncia telefónica en cualquier comisaría o dependencia policial.

|   |
|---|
| TRANSFERENCIA SOBRE SUCURSAL _____          |
| RETIRAR EN LA OF. DE TESORERIA CHEQUE _____ |

|                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD                | ESTADO CIVIL                          |
| <input type="checkbox"/> L. E. N°     | <input type="checkbox"/> SOLTERO/A    |
| <input type="checkbox"/> L.C. N°      | <input type="checkbox"/> CASADO/A     |
| <input type="checkbox"/> D.N.I. °     | <input type="checkbox"/> VIUDO/A      |
| <input type="checkbox"/> C.I. N°      | <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A |
| FIRMA _____ ACLARACION DE FIRMA _____ |                                       |