



# LA HOLANDO

La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S. A.

## Automotores / Denuncia de siniestro - Anexo I

Aseguradora <b>La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A.</b>		Póliza N°	Siniestro N°
<b>1- Fecha del siniestro</b>			
Fecha	Hora	Estado del tiempo: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Lluvia <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Granizo <input type="checkbox"/> Nieve <input type="checkbox"/>	
<b>2- Lugar del siniestro</b>			
Localidad		Provincia	CPA
País		Calle	N°
Intersección de / Entre y			
Ruta N°	km.	Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/>	Cruce con ruta N°
Cruce Tren <input type="checkbox"/> Barrera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cruce señalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estado barrera
Semáforo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Funciona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Intermitente	Color
Tipo de calzada		Estado calzada	
<b>3- Datos del conductor del vehículo asegurado</b>			
Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Tipo y N° Doc.
Domicilio		CPA	Tel.
Localidad		Provincia	País
Estado Civil		Fecha de Nacimiento	
Examen de alcoholemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°	Vencimiento
Es el propio asegurado? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 5) No <input type="checkbox"/> Relación con el asegurado			
<b>4- Datos del asegurado</b>			
Nombre y Apellido o Razón Social			
Tipo y N° de Documento		Teléfono	
Domicilio		CPA	
Localidad		Provincia	País
<b>5- Datos del vehículo asegurado</b>			
Marca		Modelo	Tipo
Dominio		Año	N° Motor
N° Chasis		Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>	
Cobertura afectada Robo: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Incendio: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Daño: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>			
Detalle los daños del vehículo			
Lugar y día de inspección del vehículo asegurado			
<b>6- Datos del otro vehículo(1)</b>			
Propietario		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Tipo y N° Doc.
Domicilio		CPA	Tel.
Localidad		Provincia	País
Marca		Modelo	Tipo
Dominio		Año	N° Motor
N° Chasis		Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicios de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>	
Asegurado en		Póliza N°	
Detalle los daños del vehículo			
Examen de alcoholemia del conductor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>			
El conductor es el propietario? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 8) No <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)			

Conductor			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo y N° Documento		Estado Civil	Fecha de Nacimiento	
Domicilio			CPA	Tel.
Localidad		Provincia	País	
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°	Vencimiento	

### 7- Datos del otro vehículo(2)

Propietario			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° Doc.	
Domicilio			CPA	Tel.		
Localidad		Provincia	País			
Marca		Modelo	Tipo			
Dominio		Año	N° Motor	N° Chasis		
Uso del vehículo Particular <input type="checkbox"/>		Comercial o carga <input type="checkbox"/>	Taxi o Remis <input type="checkbox"/>	Transporte público <input type="checkbox"/>	Servicios de urgencia <input type="checkbox"/>	Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/>
Asegurado en				Póliza N°		
Detalle los daños del vehículo						
Examen de alcoholemia del conductor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó <input type="checkbox"/>						
El conductor es el propietario? Si <input type="checkbox"/> (continuar en el punto 8) No <input type="checkbox"/> (completar la información que sigue)						
Conductor			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Tipo y N° de Documento		Estado Civil	Fecha de Nacimiento			
Domicilio			CPA	Tel.		
Localidad		Provincia	País			
Conductor habitual del vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Registro N°	Vencimiento			

### 8- Daños materiales a cosas

Propietario			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo y N° Doc.	
Domicilio			CPA	Tel.		
Localidad		Provincia	País			
Detalle los daños						

### 9- Característica del siniestro

Tipo de Accidente		Frontal <input type="checkbox"/>	Posterior <input type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	En cadena <input type="checkbox"/>	Vuelco <input type="checkbox"/>	Desplazamiento <input type="checkbox"/>	
		Inmersión <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Explosión <input type="checkbox"/>	Daño c/ la carga <input type="checkbox"/>			
En autopista <input type="checkbox"/>		En calle <input type="checkbox"/>	En avenida <input type="checkbox"/>	En curva <input type="checkbox"/>	En pendiente <input type="checkbox"/>	En túnel <input type="checkbox"/>	Sobre Puente <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Colisión con:		Peatón <input type="checkbox"/>	Vehículo <input type="checkbox"/>	Transp. públ. <input type="checkbox"/>	Edificio <input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/>	Animal <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
<b>CROQUIS</b>						<b>Indique en el croquis:</b> - las líneas válidas correspondientes. - el nombre de calles. - lugar de salida. - lugar de destino. - ubicación del testigo.		
		Dibuje el Asegurado con un recuadro vacío <input type="checkbox"/> Dibuje el Tercero con un recuadro lleno <input type="checkbox"/>						

Detalles del siniestro					

### 10- Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar		Fecha	Hora
-------	--	-------	------

#### EN SINIESTROS CON LESIONES COMPLETAR ANEXO II

Indicar con una X si el denunciante es el  Asegurado  Conductor  Apoderado

Firma

Aclaración