

**MAPFRE**

MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A.
 Casa Central Av. Juana Manso 205
 (C1107CBE) Ciudad de Buenos Aires
Servicio de Atención al Cliente:
 5777-2100 - Capital y GBA
 0810-333-1000 (desde el interior)

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES

N° Siniestro

DATOS SINIESTRO

Nro. Póliza	Dominio	Fecha ocurrencia	Hora
Lugar de ocurrencia		Código Postal	
Localidad	Provincia		País

INFORMACION ADICIONAL

Daños personales (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso) <input type="checkbox"/>	Vigencia
Daños materiales (En caso afirmativo indicar con x y completar frente) <input type="checkbox"/>	Cobertura
Testigos (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso) <input type="checkbox"/>	Franquicia
Realizó denuncia policial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Comisaría N°	Cobranza
Acta N°	

DATOS VEHICULO Asegurado (*)**DATOS VEHICULO Tercero (*)**

Asegurado	Propietario
Sr./a.	Sr./a.
Domicilio	Domicilio
Localidad CP.	Localidad CP.
Prov. País	Prov. País
DNI	DNI
Tel. part. Tel. contacto	Tel. part. Tel. contacto
Conductor	Conductor
Sr./a.	Sr./a.
Domicilio	Domicilio
Localidad CP.	Localidad CP.
Prov. País	Prov. País
DNI	DNI
Tel. part. Tel. contacto	Tel. part. Tel. contacto
Edad Sexo E. civil	Edad Sexo E. civil
Profesión	Profesión
Reg. Conduc. N° Clase	Reg. Conduc. N° Clase
Fecha expedición Vto.	Fecha expedición Vto.
Relación c/ el asegurado	Relación c/ el asegurado
Datos vehículo Asegurado	Datos vehículo Tercero
Marca y modelo Color	Marca y modelo Color
Dominio Año	Dominio Año
Lugar Inspección	Uso
Taller/Domicilio	Compañía Aseguradora y póliza
Entre calle y calle	Cía.
Localidad CP.	Nro. póliza
Prov. País	Cubre daños propios Fecha Vto.
Tel. Fecha entrada Hora	
Descripción daños Asegurado:	Descripción daños Tercero:

DATOS ADICIONALES (Indicar con x)

Tipo de camino: Pavim. Empedrado Ripio Tierra **Estado:** Bueno Regular Malo

Estado tiempo: Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

Intervino Ibero Asistencia: SI NO

CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO (Indicar con x)

Daños ASEGURADO: Daño Parcial (1) Robo Accesorios/Ruedas (5) Robo Parcial (Otros) (3) **Daños TERCERO (8):**

Destrucción Total (2) Robo/Hurto Total (4) Rotura Cristales (41)

Incendio Parcial (1) Incendio Total (2) Otras Consec.

RELATO DEL ACCIDENTE:

RELATO DEL ACCIDENTE: 	Croquis: dibujar situación de los vehículos, dirección -por flechas-, nombre de calles, señales de tráfico, etc.

Uso del vehículo: Particular Comercial

En _____ a las _____ del _____ de _____

Firma

Aclaración

(*) En caso de más de un vehículo, por favor, complete los datos utilizando más formularios

**MAPFRE**

MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A.
 Casa Central Av. Juana Manso 205
 (C1107CBE) Ciudad de Buenos Aires
 Servicio de Atención al Cliente:
 5777-2100 - Capital y GBA
 0810-333-1000 (desde el interior)

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES

N° Siniestro

DAÑOS PERSONALES

Datos del Lesionado (1)		Clase Lesionado (Indicar con x)	
Sr./a.		Peatón/ciclista <input type="checkbox"/>	Conductor vehículo contrario <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	
Prov.	País		
DNI		Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto		
Edad	Sexo E. civil		
Profesión			
Lugar de Asistencia			
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:			¿QUEDA INTERNADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de lesiones:			
ESTADO LESIONADO: Muerte <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>			

Datos del Lesionado (2)		Clase Lesionado (Indicar con x)	
Sr./a.		Peatón/ciclista <input type="checkbox"/>	Conductor vehículo contrario <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	
Prov.	País		
DNI		Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto		
Edad	Sexo E. civil		
Profesión			
Lugar de Asistencia			
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:			¿QUEDA INTERNADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de lesiones:			
ESTADO LESIONADO: Muerte <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>			

Datos del Lesionado (3)		Clase Lesionado (Indicar con x)	
Sr./a.		Peatón/ciclista <input type="checkbox"/>	Conductor vehículo contrario <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	
Prov.	País		
DNI		Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto		
Edad	Sexo E. civil		
Profesión			
Lugar de Asistencia			
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:			¿QUEDA INTERNADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de lesiones:			
ESTADO LESIONADO: Muerte <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>			

OTROS DAÑOS

Datos ANIMALES o COSAS			
Objeto	Daños	Propietario	
Domicilio		Localidad	CP.
Prov.	País	Tel. part.	Tel. contacto
Observaciones			

TESTIGOS

Datos Testigo (1)		Datos Testigo (2)	
Sr./a.		Sr./a.	
Domicilio		Domicilio	
Localidad	CP.	Localidad	CP.
Prov.	País	Prov.	País
DNI		DNI	
Tel. part.	Tel. contacto	Tel. part.	Tel. contacto
Condición del Testigo		Condición del Testigo	
Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Peatón <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

En _____ a las _____ del _____ de _____
_____ Firma _____ Aclaración _____