

Necochea 183 - Mendoza Capital - Prov. Mendoza - CP 5500 - Tel. 0261 429 8388 - Fax. 0261 429 9929 | Av. Belgrano 672 - Capital Federal - Prov. Buenos Aires - CP 1092 - Tel: 4310-5400 - Fax: 4310-5400 interno 5535  
 Av. Moreno 503, Tres Arroyos, Prov. Buenos Aires - CP 7500 - tel. 02983 434090 Fax 02983 434090 interno 2224 | E mail ante cualquier consulta: [consultaweb@lamerccantil.com.ar](mailto:consultaweb@lamerccantil.com.ar)

PÓLIZA N°			SINIESTRO N°		
1- FECHA DEL SINIESTRO		FECHA / /	HORA	EST. DEL TIEMPO	DIURNO <input type="checkbox"/> NOC. <input type="checkbox"/> SECO <input type="checkbox"/> LLUVIA <input type="checkbox"/> NIEBLA <input type="checkbox"/> GRANIZO <input type="checkbox"/> NIEVE <input type="checkbox"/>
2- LUGAR DEL SINIESTRO		LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
CALLE				N°	
INTERSECCIÓN DE / ENTRE Y					
RUTA N°	KM. N°	PROVINCIAL <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	CRUCE CON RUTA N°	CRUCE SEÑALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CRUCE TREN CON 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 <input type="checkbox"/>	COLOR	
TIPO DE CALZADA			ESTADO CALZADA		
3- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO			NOMBRE Y APELLIDO		
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO / /	
PROFESIÓN	EX. DE ALCOHOLEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REGISTRO N°
VENCIMIENTO DEL REGISTRO / /	ES EL PROPIO ASEGURADO <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 5) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RELACIÓN CON EL ASEGURADO		
4- DATOS DEL ASEGURADO			NOMBRE Y APELLIDO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
TIPO Y N° DOCUMENTO		PROFESIÓN		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.		
LOCALIDAD		PROVINCIA	PAÍS		
5- DATOS DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO		MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO
AÑO	CARROCERÍA TIPO	N° CHASIS		N° MOTOR	COLOR
TIPO DE USO	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/>	TAXI O REMIS <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>	SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/>
COBERTURA AFECTADA	ROBO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	INCENDIO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/>
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO					
6- DATOS DEL OTRO VEHÍCULO (1)		NOMBRE Y APELLIDO DEL CONDUCTOR			
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO / /	
MARCA	MODELO		TIPO	DOMINIO	AÑO
TIPO DE USO	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/>	TAXI O REMIS <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>	SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/>
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO					
COMPAÑÍA ASEGURADORA			N° DE PÓLIZA		
NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO					
SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	

DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
7- DATOS DEL OTRO VEHÍCULO (2)		NOMBRE Y APELLIDO DEL CONDUCTOR	
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
EX. DE ALCOHOLEMIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REGISTRO N°	VENCIMIENTO DEL REG. / /
MARCA	MODELO	TIPO	DOMINIO AÑO
TIPO DE USO	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	COMERCIAL O CARGA <input type="checkbox"/>	TAXI O REMIS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERV. DE URGENCIA <input type="checkbox"/> FZAS. DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/>
DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO			
COMPAÑÍA ASEGURADORA		N° DE PÓLIZA	
NOMBRE Y APELLIDO DEL PROPIETARIO			
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
PROVINCIA	PAÍS	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /
8- DAÑOS MATERIALES A COSAS		NOMBRE Y APELLIDO	
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DOCUMENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO		C.P.	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO: / /		
DETALLE LOS DAÑOS			
9- CARACTERÍSTICAS 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 CON 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"/> 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"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> ANIMAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
10- DATOS DEL DENUNCIANTE		ES EL CONDUCTOR O ASEGURADO? SI <input type="checkbox"/> (CONTINUAR EN EL PUNTO 11) NO <input type="checkbox"/> (COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SIGUE)	
NOMBRE Y APELLIDO			SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
TIPO Y N° DOCUMENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO			C.P.
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO / /		
11- LOS DATOS Y DEMÁS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA			
LUGAR - FECHA - HORA		FIRMA Y ACLARACIÓN	