

N°

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza Tel.:0261 429 8388 * fax: 0261.4254.954 | | Av. Paseo Colon 505 1° CP: 1063, Capital Federal, Buenos Aires | Tel.: 011 4310 5400 * fax: 0114315.2470 | www.mercantilandina.com.ar

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| PÓLIZA N° | | | SINIESTRO N° | | |
| 1- FECHA DEL SINIESTRO | | FECHA / / | HORA | EST. DEL TIEMPO | <input type="checkbox"/> 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 |
| 2- LUGAR DEL SINIESTRO | | LOCALIDAD | PROVINCIA | PAÍS | |
| CALLE | | | | | N° |
| INTERSECCION DE / ENTRE | | | Y | | |
| RUTA N° | KM. N° | <input type="checkbox"/> PROVINCIAL <input type="checkbox"/> NACIONAL | CRUCE CON RUTA N° | CRUCE SEÑALIZADO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| CRUCE TREN | CON BARRERA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | CRUCE SEÑALIZADO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ESTADO BARRERA |
| SEMÁFORO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | FUNCIONA? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | INTERMITENTE | <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE CALZADA | | | ESTADO CALZADA | | |
| 3- DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO | | | NOMBRE Y APELLIDO | | |
| SEXO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | TIPO Y N° DOCUMENTO | TELÉFONO | | |
| DOMICILIO | | | C.P. | LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | PAÍS | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO / / | | |
| PROFESIÓN | EX. DE ALCOHOLEMÍA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ | CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGISTRO N° |
| VENCIMIENTO DEL REGISTRO / / | ES EL PROPIO ASEGURADO | | <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 5) <input type="checkbox"/> NO | RELACIÓN CON EL ASEGURADO | |
| 4- DATOS DEL ASEGURADO | | | NOMBRE Y APELLIDO | | |
| TIPO Y N° DOCUMENTO | | | PROFESIÓN | TELÉFONO | |
| DOMICILIO | | | C.P. | | |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | PAÍS | | | |
| 5- DATOS DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO | | | MARCA | MODELO | TIPO |
| AÑO | CARROCERÍA TIPO | N°CHASIS | N°MOTOR | COLOR | |
| TIPO DE USO | <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| COBERTURA AFECTADA | ROBO | <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL | INCENDIO | <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL | DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL |
| DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO | | | | | |
| | | | | | |
| 6- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1) | | | NOMBRE Y APELLIDO | | |
| SEXO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | TIPO Y N° DOCUMENTO | TELÉFONO | | |
| DOMICILIO | | | C.P. | LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | PAÍS | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO / / | | |
| MARCA | MODELO | TIPO | DOMINIO | AÑO | |
| TIPO DE USO | <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| COBERTURA AFECTADA | ROBO | <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL | INCENDIO | <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL | DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL |
| DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO | | | | | |
| | | | | | |
| EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA | | | EL CONDUCTOR ES EL PROPIETARIO | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ | <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 8) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFO. QUE SIGUE) | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO | | | | | |
| SEXO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | TIPO Y N° DOCUMENTO | TELÉFONO | | |
| DOMICILIO | | | C.P. | LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | PAÍS | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO / / | | |
| PROFESIÓN | EX. DE ALCOHOLEMÍA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ | CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGISTRO N° |
| VENCIMIENTO DEL REGISTRO / / | | | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 7- DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2) | | NOMBRE Y APELLIDO | |
| SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | TIPO Y N° DOCUMENTO | | TELÉFONO |
| DOMICILIO | | C.P. | LOCALIDAD |
| PROVINCIA | PAÍS | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO / / |
| MARCA | MODELO | TIPO | DOMINIO AÑO |
| TIPO DE USO <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| COBERTURA AFECTADA | | ROBO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL | INCENDIO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL |
| DAÑO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL | | | |
| DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO | | | |
| | | | |
| EXÁMEN DE ALCOHOLEMÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ | | EL CONDUCTOR ES EL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 8) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFO. QUE SIGUE) | |
| NOMBRE Y APELLIDO | | | |
| SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | TIPO Y N° DOCUMENTO | | TELÉFONO |
| DOMICILIO | | C.P. | LOCALIDAD |
| PROVINCIA | PAÍS | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO / / |
| EX. DE ALCOHOLEMÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEGÓ | CONDUCTOR HAB. DEL VEHÍC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGISTRO N° | VENC. DEL REG. / / |
| 8- DAÑOS MATERIALES A COSAS | | NOMBRE Y APELLIDO | |
| SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 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 <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| COLISIÓN CON <input type="checkbox"/> PEATÓN <input type="checkbox"/> VEHÍCULO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> ANIMAL | | | |
| <input type="checkbox"/> OTRO | | | |
| CROQUIS / DETALLES DEL SINIESTRO | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 10- DATOS DEL DENUNCIANTE | | | |
| ES EL CONDUCTOR O ASEGURADO? <input type="checkbox"/> SI (CONTINUAR EN EL PUNTO 11) <input type="checkbox"/> NO (COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SIGUE) | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO | | | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 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 | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> LUGAR - FECHA - HORA | | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA Y ACLARACIÓN | |