



PÓLIZA N°: _____

ANEXO I

DENUNCIA DE SINIESTRO - MOTOVEHICULOS

1. FECHA DEL SINIESTRO:

FECHA (dd/mm/aaaa): ___/___/___ HORA (Formato 24 hs): _____

2. LUGAR DEL SINIESTRO:

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____ CALLE: _____ N°: _____

INTERSECCIÓN DE / ENTRE _____ Y _____

RUTA: Nacional Provincial RUTA N°: _____ KM: _____

CRUCE CON RUTA N°: _____ ¿CRUCE SEÑALIZADO?: Si No

CRUCE DE TREN: BARRERA: Si No ¿CRUCE SEÑALIZADO?: Si No ESTADO BARRERA: _____

SEMÁFORO: Si No ¿FUNCIONA?: Si No INTERMITENTE: Si No COLOR: _____

TIPO DE CALZADA: Asfalto Tierra ESTADO CALZADA: Seco Mojado

ESTADO DEL CLIMA: Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___ NACIONALIDAD: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ MAIL: _____

EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

REGISTRO N°: _____ VENCIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___

¿ES EL PROPIO ASEGURADO?: SI (continuar con el paso 5) NO RELACIÓN CON EL ASEGURADO: _____

**4. DATOS DEL ASEGURADO**

APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

5. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

MARCA: _____ MODELO: _____ TIPO: _____

DOMINIO: _____ AÑO: _____

N° MOTOR: _____ N° CHASIS: _____

USO DEL VEHÍCULO:	Particular	Comercial o Carga	Servicios de urgencias	Fuerzas de seguridad
COBERTURA AFECTADA:	ROBO	Parcial	Total	
	INCENDIO	Parcial	Total	
	DAÑO	Parcial	Total	

DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO:

6 a. DETALLE DEL PROPIETARIO Y DEL OTRO VEHICULO

PROPIETARIO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

MARCA: _____ MODELO: _____ TIPO: _____

DOMINIO: _____ AÑO: _____

N° MOTOR: _____ N° CHASIS: _____

USO DEL VEHÍCULO:	Particular	Comercial o Carga	Taxi o Remis
	Transporte público	Servicios de urgencias	Fuerzas de seguridad



EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

¿EL CONDUCTOR ES EL PROPIETARIO?: SI (continuar con el paso 8) NO (completar la información que sigue)

DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO:

6 b. DETALLE DEL CONDUCTOR

CONDUCTOR: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

¿CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHÍCULO? Si No

REGISTRO N°: _____ VENCIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

7 a. DETALLE DEL PROPIETARIO DEL TERCER VEHICULO

PROPIETARIO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

MARCA: _____ MODELO: _____ TIPO: _____

DOMINIO: _____ AÑO: _____

N° MOTOR: _____ N° CHASIS: _____

USO DEL VEHÍCULO: Particular Comercial o Carga Taxi o Remis
 Transporte público Servicios de urgencias Fuerzas de seguridad

EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

¿EL CONDUCTOR ES EL PROPIETARIO?: SI (continuar con el paso 9) NO (completar la información que sigue)



DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO:

7 b. DETALLE DEL CONDUCTOR DEL TERCER VEHICULO

CONDUCTOR: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___

¿CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHÍCULO? Si No

REGISTRO N°: _____ VENCIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___

8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

PROPIETARIO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

REGISTRO N°: _____ VENCIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___

DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO:

9. DAÑOS MATERIALES A COSAS (TERCER VEHÍCULO)

PROPIETARIO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____



CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____
 PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
 REGISTRO N°: _____ VENCIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

DETALLE LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO:

10. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

TIPO DE ACCIDENTE:	Frontal	Posterior	Lateral	En cadena	Vuelco
	Inmersión	Incendio	Explosión	Daño c/ carga	Desplazamiento
LUGAR DEL ACCIDENTE:	Autopista	Calle	Avenida	Pendiente	
	Túnel	Sobre puente	Curva		
	Otro: _____				

CROQUIS:

DETALLES DEL SINIESTRO

N					_____
O					_____
E					_____
S					_____

11. DATOS DEL DENUNCIANTE

¿ES EL ASEGURADO?: Si No ¿ES EL CONDUCTOR?: Si No ¿ES FAMILIAR?: Si No
 PROPIETARIO: _____ GÉNERO: _____
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____
 CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____
 PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Declaro que los datos consignados en todas las partes de esta solicitud están completos y son verdaderos.

____/____/____ y _____ ACLARACIÓN DE LA FIRMA _____ DNI _____ FIRMA _____
 FECHA (dd/mm/aaaa)



PÓLIZA N°: _____

ANEXO II Lesiones

DENUNCIA DE SINIESTRO - AUTOMOTORES

LESIONES A TERCEROS (1)

NOMBRE Y APELLIDO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

TIPO DE LESIONES: Leves Graves (con internación) Mortal

EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

CENTRO ASISTENCIAL: _____

LESIONES A TERCEROS (2)

NOMBRE Y APELLIDO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

TIPO DE LESIONES: Leves Graves (con internación) Mortal

EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

CENTRO ASISTENCIAL: _____



LESIONES A TERCEROS (3)

NOMBRE Y APELLIDO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
 Pasajero otro vehículo Peatón

TIPO DE LESIONES: Leves Graves (con internación) Mortal

EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

CENTRO ASISTENCIAL: _____

LESIONES A TERCEROS (4)

NOMBRE Y APELLIDO: _____ GÉNERO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____ LOCALIDAD: _____

PAÍS: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ____/____/____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
 Pasajero otro vehículo Peatón

TIPO DE LESIONES: Leves Graves (con internación) Mortal

EXAMEN DE ALCOHOLEMIA: Si No Se negó

CENTRO ASISTENCIAL: _____

El formulario deberá ser enviado a siniestrosautos@digna.seg.ar en formato PDF con la mejor calidad posible.

Declaro que los datos consignados en todas las partes de esta solicitud están completos y son verdaderos.

_____/_____/_____/ _____ _____ _____ _____

FECHA (dd/mm/aaaa) y LUGAR ACLARACIÓN DE LA FIRMA DNI FIRMA