La Independencia de Seguros S.A.
Oleary Nº 409 esq Estrella
Teléfono: 447 021

DATOS DEL ASEGURADO

DENUNCIA DE SINIESTRO
SECCIÓN AUTOMÓVILES
TITULAR

ASEGURADO: _____ C.I.: _____

EL QUE SUSCRIBE: _____ C.I.: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

PÓLIZA N°: _____ MARCA: _____ TIPO: _____ AÑO: _____

CHASSIS N°: _____ CHAPA N°: _____

DATOS DE SINIESTROS

FECHA: _____ DÍA: _____ AÑO: _____ HORA: _____

LUGAR: _____

CONDUCIDO POR; _____ REGISTRO Nº : _____ CATEGORÍA;: _____ DE: _____

RELATO DE LO OCURRIDO

Circulaba de: _____ a _____ a una velocidad de: _____

_____

_____

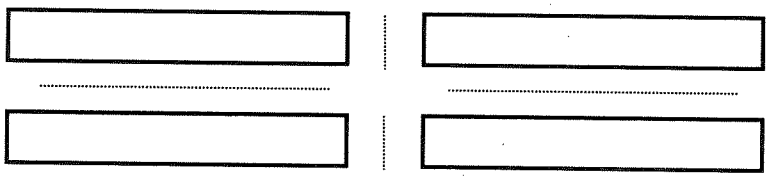
_____

_____

_____

_____

CROQUIS DEL ACCIDENTE



AUTORIDAD INTERVINIENTE: _____ ACTA N° _____

PARTES AFECTADAS

PARTE FRENTE	COSTADO DERECHO	COSTADO IZQUIERDO	PARTE TRASERA

OBS.: _____

_____

DATOS DEL TERCERO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

TELÉFONO: _____ VEHICULO: _____ CHAPA: _____

OBS.: Declaro que todas las informaciones dadas con relación al presente reclamo, aunque no fueran escritas con mi puño y letra, son veraces declaraciones bajo fe de Juramento que los datos por mi denunciados, corresponde a la verdad y prueba de lo cual firmo a continuación en _____ a los _____ días del mes de _____ del año 2_____ siendo las _____ hs.

_____ _____

FIRMA DEL DENUNCIANTE ACLARACIÓN

ATENDIDO POR: _____