



**PARANA
SEGUROS**

DENUNCIA DE SINIESTROS AUTOMOVILES
- Excluidos Robos Totales -

PRESIDENTE JUAN D. PERON 690 P.3
C.A.B.A. - BUENOS AIRES - ARGENTINA
TEL.: 4320-0000
E.MAIL: denuncias@paranaseguros.com.ar

Número de Siniestro		Choque	Vuelco	Incendio	Daños a cosas o inmuebles		Robos Parciales	Otros
		Lesiones y/o muertes	S	N	Cree que el siniestro corresponde a una destrucción total? (*)		S	N
Productor	Casillero N°	Póliza N°	Grupo y Orden					
Apellido y Nombre / Razón Social (DATOS DEL ASEGURADO) (*)								
Domicilio (*)								
Localidad (*)				Provincia (*)		C. Postal (*)		
Tel. Part. (*)			Estado Civil (*)			Sexo (*)		
El Asegurado es el conductor habitual del vehículo (*)		S	N	Edad (*)				
D.N.I. / Registro de Conductor N° (*)			Categoría (*)		Vencimiento (*)			
E.Mail (*)		Celular (*)		Tel. Laboral				
Apellido y Nombre del conductor (SI DIFIERE DEL ASEGURADO)						Tipo y N° de Documento		
Domicilio								
Localidad				Provincia		C. Postal		
Vínculo con el Asegurado		Empleado	Esposo/a	Hijo/a	Otro			
Tel. Part.		Estado Civil		Casado	No casado (Soltero, Viudo, etc.)		Sexo	
Empleado en	Puesto	Celular		Es conductor habitual del vehículo?		S	N	
Registro de Conductor N°			Categoría		Vencimiento			
Vehículo asegurado		Marca (*)	Año (*)	Modelo (*)		Patente N° (*)		
Motor N° (*)		Chasis (*)		Unidad remolcada			Patente N°	
Uso actual del vehículo (*)		Comercial/Carga	Taxi	Particular	Remise	Otro		
Cantidad de personas que viajaban en el vehículo además del conductor (*)								
Unidad remolcada		Con freno	S	N	Acoplado	Semi	Casa Rodante	Otros
Datos del tercero y su vehículo (en caso de colisiones múltiples utilizar el dorso)								
Apellido y Nombre						Tel.:		
Domicilio								
Localidad				Provincia		C. Postal		
Asegurado en:						Póliza N°		
Vehículo		Marca	Modelo		Patente N°			
El conductor era propietario		S	N	Cantidad de personas que viajaban en este vehículo				
Lugar y Fecha del siniestro (*)		Calle / Ruta / Av. (*)				N° ó Km. (*)		
Localidad / Partido (*)				Prov. (*)		C. Postal (*)		
Fecha Stro. (*)		Hora (*)		Diurno	Nocturno	Tiempo	Seco	Lluvia
								Niebla
Actuaciones judiciales y/o policiales								
Hubo intervención policial?		S	N	Comisaría interviniente				
N° de Sumario		Dto. Judicial		Fuero		Juzgado		
Secretaría			N° de Causa		Carátula			
Inspección del vehículo asegurado		Puede inspeccionarse en el taller						
Calle			N°		Localidad			
Fecha		Teléfono						
El asegurado iniciará acciones contra el Tercero y/o su aseguradora?				S		N		
Cuenta con fotografías de su vehículo con los daños sufridos?				S		N		
Constancia de Recepción								

