

Denuncio de Siniestro

Seguro Obligatorio de Accidentes Personales

Ley 18.490

(causados por vehículos motorizados)

N° Siniestro: _____ Liquidador: _____

I. Propietario

Nombre: _____ RUT: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

N° Póliza: _____ Vigencia: _____

Vehículo: _____ Patente: _____

II. Accidente

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: _____

Tipo de accidente: Choque Volcamiento Atropello Caída Otros

Conductor: _____ Licencia vigente N°: _____

Breve descripción de las circunstancias:

Otros vehículos participantes:

Patente: _____

Patente: _____

Patente: _____

III. Antecedentes Policiales

Parte N°: _____ Comisaría: _____

Fecha: _____ Juzgado: _____

IV. Lesionados

	Nombre	RUT	Teléfono	Emai
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Fecha denunció _____

Nombre denunciante _____

RUT denunciante _____

Firma denunciante

Declaro que todos los datos entregados en el presente denunció son verídicos.