

## 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.