

ESTRELLA 851 – TELEFONO: 449 488(R.A)
 RUC:80002760-4
 ASUNCION – PARAGUAY

**DENUNCIA DE SINIESTRO – TERCERO
 SECCION AUTOMOVILES**

FECHA DE DENUNCIA
 POLIZA N°
 STRO N°
 VIGENCIA
 AGENTE

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:..... C.I.N°.....
 Domicilio:..... Telef..... Localidad.....
 Edad:..... Registro No..... Vto:..... Exp.por:.....

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Tipo:..... Marca:..... Modelo:..... Color:.....
 Año:..... MotorN°:..... Chasis:..... N°Patente.....

DATOS DEL TERCERO – VEHICULOS (Según Cédula Verde)

Propietario:..... C.I. N°..... Edad:.....
 Domicilio:..... Localidad:.....
 Conductor:..... C.I. N°..... Edad:.....
 Domicilio:..... Teléf.:..... Localidad:.....
 RegistroN°:..... Exp.Por:..... Categoría:..... Vto:...../...../.....
 Tipo/Vehiculo:..... Marca:..... Modelo:..... Año:.....
 Chasis:..... Patente:..... Motor:..... Color.....
 Detalle de Daños:.....

 Asegurado en:..... Póliza N°:.....

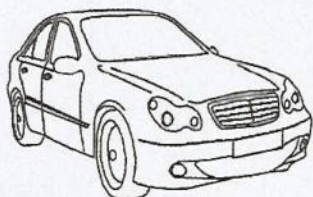
LUGAR DE OCURENCIA (Marcar con una X lo que corresponda)

Dirección:.....
 Fecha:...../...../..... Hora:..... Localidad.....
 Choque en cadena Calle: Bocacalle: Avenida Autopista Ruta
 Existe señalización: Sí No Tipo:..... Estado de la calzada:.....
 A qué velocidad circulaba en el momento del accidente?.....Km/p/hora

FORMA OCURENCIA (Explique en forma detallada como ocurrió)

.....

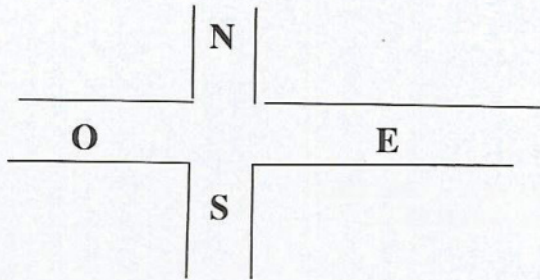
DAÑOS DEL VEHICULO DEL TERCERO – Marcar (X)



DETALLAR

.....

DATOS OBLIGATORIOS – CROQUIS Y ORIENTACION DEL HECHO
(Dibujar situación de los vehiculos en el accidente)



Calle o Avenida de Circulación (Asegurado):.....
 Sentido del Tráfico:.....
 ¿Mano Única? Si No

Calle o Avenida de Circulación (Tercero):.....
 Sentido del Tráfico:.....
 ¿Mano Única? Si No
 ¿Había Semáforos? Si No
 ¿Funcionaban correctamente? Si No
 Color al momento del accidente:.....

DATOS DEL TERCERO (LESIONES Y/O MUERTE)

Detallar:.....

DAÑOS A LA PROPIEDAD DEL TERCERO (Marcar con X)

Propiedades Postes Letreros Murallas
 Propietario:.....
 Ubicación de la propiedad dañada:.....
 Detalles de los daños ocasionados:.....

DATOS DE TESTIGOS

Nombres y Apellidos:.....C.I. N°.....
 Domicilio:.....Localidad:.....Tel:.....

Nombres y Apellidos:.....C.I. N°.....
 Domicilio:.....Localidad:.....Tel:.....

INTERVENCION POLICIAL o MUNICIPAL

¿Concurrió personal Policial o Municipal al lugar del hecho? Si No
 Comisaría.
 Policía Municipal de Tránsito:
 Policía Caminera(M.O.P.C) Acta N°

Declaración del Tercero: Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, tienen carácter de declaración jurada asumiendo total responsabilidad por su veracidad.

.....
 Firma del denunciante

Recibió:.....

.....
 Aclaración y C.I.N°

Fecha:.....

Fecha:.....