

# Reclamo de indemnización por accidente

Denuncia de Siniestros  
Atención a terceros



ZURICH

Siniestro Nº

Reclamante

Domicilio

Teléfono

Tipo de vehículo

Marca

Número de Motor

Número de patente

Expedido por

Modelo

Nombre del conductor

Edad

Registro número

Expedido por

Si está asegurado en alguna compañía indicar cuál

Póliza Nº

¿A qué velocidad horaria circulaba el vehículo en el momento de producirse el accidente?

Lugar

Día

Hora

Intervino la seccional

Forma en que ocurrió

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Consecuencias

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Monto aproximado de los daños

Taller de reparaciones

Teléfono

Dirección

Indicar fecha de inspección

**Datos del Asegurado por esta compañía**

Asegurado  Póliza N°

Domicilio  Teléfono

Tipo de vehículo  Marca  Número de Motor

Número de patente  Expedido por  Modelo

Nombre del conductor  Edad

Domicilio del conductor  Teléfono

Registro número  Expedido por

¿A qué velocidad horaria circulaba el vehículo asegurado en el momento de producirse el accidente?

Detalle de los daños sufridos por el accidente

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

¿Quién es a su juicio responsable del accidente y por qué?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

¿Tiene alguna relación comercial, laboral o vinculo familiar con el asegurado?  ¿Cuál?

Queda establecido que la recepción del presente formulario no significa la aceptación de ninguna responsabilidad ni obligación por parte de esta compañía.

Declar..... que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizando....., por cualquier falsa información u omisión.

Lugar y fecha  Firma