RECLAMO DE TERCEROS - LESIONES

SINIESTRO Nº: _____

DATOS DEL TERCERO RECLAMANTE

TITULAR DEL VEHÍCULO / PROPIEDAD: _____

CALLE: _____ NÚMERO: _____ PISO: _____ DEPTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO / CELULAR: _____

CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO / CELULAR: _____

NÚMERO DE REGISTRO CONDUCTOR: _____ VIGENCIA: _____

MARCA VEHÍCULO: _____ MODELO: _____ AÑO: _____ PATENTE: _____

POSEE SEGURO: _____ EN QUE COMPAÑÍA?: _____

FORMA PAGO

Nº CBU: _____

CUIT/CUIL: _____

LESIONES A PERSONAS

APELLIDO Y NOMBRES	VÍNCULO CON EL ASEGURADO (*)	DOMICILIO	NATURALEZA DE LAS LESIONES (**)	PERSONA AFECTADA(***)

(*)Vínculo con el asegurado: Amigo, Grado parentezco (padre, hijo, hermano, etc), Otro
(**)Naturaleza de las lesiones: Leves, Graves, Muerte

(***)Persona fectada: Conductor vehículo asegurado, Conductor otro vehículo, Pasajero vehículo asegurado, Pasajero otro vehículo, Peatones

DATOS DEL ASEGURADO EN PROVINCIA SEGUROS

TITULAR DEL VEHÍCULO: _____

CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: _____

MARCA VEHÍCULO: _____ MODELO: _____ PATENTE: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA: _____ HORA: _____

LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

DESCRIPCIÓN:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Fotocopia del Título de Propiedad o Cédula Verde, si es titular. Si está tramitando la transferencia fotocopia del Form. 08 con firma certificada del vendedor.

Fotocopia del Registro del Conductor al momento del accidente.

Certificado de Cobertura de su compañía de seguros (No copia de Póliza). Si no posee seguro, una Declaración Jurada de NO SEGURO.

Fotocopia de la denuncia administrativa efectuada en su Aseguradora, con sello de recepción.

Un presupuesto con membrete e importe detallado de cada rubro (chapa , pintura, repuestos, etc) o Carta de Franquicia con estado de daños.

Fotografías (color) de las partes dañadas del vehículo y una foto general (color) que identifique el auto, patente, y el daño.

BORRAR IMPRIMIR

PROVINCIA Seguros S.A - Carlos Pellegrini 71 (C1009ABA) Cap. Fed. - Tel.: 4346-7300 - Fax: 4346-7337 - C.U.I.T.: 30-52750816-5