



Ministerio de Economía y Producción
Superintendencia de Seguros de la Nación

COMUNICACIÓN SSN 912

05/05/2005

CIRCULAR SSN TEC 48

Resolución N° 30.506

SINTESIS: Formulario de Denuncia de Siniestro de Automotores. Norma complementaria al artículo 24 del Decreto N° 744/04 reglamentario de la Ley 25.761 referida al Régimen Legal para el Desarmado de Automotores y Venta de sus Autopartes.

A las Entidades y Personas sujetas a la supervisión de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para llevar a su conocimiento que se ha suscripto la Resolución de referencia cuya parte dispositiva se transcribe seguidamente.

ARTÍCULO 1°: Las entidades aseguradoras autorizadas a operar en los Seguros de Vehículos Automotores y/o Remolcados deberán utilizar los formularios de *Denuncia de Siniestro que obran como Anexo I y Anexo II a la presente resolución*, en reemplazo de los actualmente en uso.

ARTICULO 2°: Los datos consignados en la Denuncia de Siniestro establecida en el artículo precedente son los mínimos y obligatorios a ser relevados por las entidades.

ARTÍCULO 3°: La presente resolución entrará en vigencia a partir de los CUARENTA Y CINCO (45) días de su publicación.

ARTÍCULO 4°: Regístrese, comuníquese y publíquese en el Boletín Oficial.

Saludo a ustedes atentamente

MIGUEL BAELO
SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

ANEXO I

DENUNCIA DEL SINIESTRO

AUTOMOTORES

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Siniestro N° _____

1. FECHA DEL SINIESTRO

ESTADO DEL TIEMPO

Fecha ___/___/___ Hora _____ Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

2. LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad _____ Provincia _____

País _____ Calle _____ N° _____

Intersección de / Entre _____ y _____

Ruta N° _____ Km. _____ nacional provincial Cruce con ruta N° _____ cruce señalizado S NO

Cruce tren barrera SI NO Cruce Señalizado SI NO estado barreras _____

Semáforo SI NO funciona? S NO intermitente Color _____

Tipo de Calzada _____ Estado Calzada _____

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido _____ Género F N

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Examen de alcoholemia SI NO Se nega

Conductor habitual del vehículo? SI NO Registro N° _____ Vencimiento ___ / ___ / _____

Es el propio asegurado? SI (continua en el punto 5) NO Relación con el asegurado _____

4. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social _____

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social _____

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____
Marca _____ Modelo _____ Tipo _____
Dominio _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____
Uso de Vehí culo: particular comercial o carga taxi o remis transporte pú blico servicio de urgencia fuerzas de seguridad
Detalles los daños del vehí culo _____

Examen de alcoholemia SI NO Se neg
El Conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) NO (Completar la información que sigue)

Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Conductor habitual del vehí culo? SI NO Registro N° _____ Vencimiento ___ / ___ / _____

7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____

Marca _____ Modelo _____ Tipo _____

Dominio _____ Año _____ N° Motor _____ N° Chasis _____

Uso de Vehí culo: particular comercial o carga taxi o remis transporte pú blico servicio de urgencia fuerzas de seguridad

Detalles los daños del vehí culo _____

Examen de alcoholemia SI NO Se neg
El Conductor es el propietario? SI (continuar en el punto 8) NO (Completar la información que sigue)

Conductor _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Conductor habitual del vehí culo? SI NO Registro N° _____ Vencimiento ___ / ___ / _____

8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario _____ Género F M
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ País _____
Detalle los daños: _____

9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

TIPO DE ACCIDENTE Frontal posterior lateral en cadena vuelco desplazamiento
inmersión explosión daño c/ la carga

En autopista En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre puente Otro: _____

Colisión con: peatón vehículo Trans. Púb Edific columna animal Otro: _____

CROQUIS

DETALLES DEL SINIESTRO

N

O

E

S

10. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? Si (continua en el punto 11) NO (completar la información que sigue)

Nombre y Apellido o Razón Social _____

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

11. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar _____

Firma _____

Fecha __ / __ / _____

Hora _____

Aclaración _____

ANEXO II Lesiones

AUTOMOTORES

Aseguradora _____ Póliza N° _____ Sinistro N° _____

I. LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se neg

Centro Asistencial _____

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se neg

Centro Asistencial _____

LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Paí s _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se neg

Centro Asistencial _____

LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido _____ Género F M

Tipo y N° documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / _____

Relación con el asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado
Pasajero otro vehículo Peatón

Tipos de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal

Examen de alcoholemia SI NO Se negó

Centro Asistencial _____

Copyright (C) 2005 Segurosaldia.com – Todos los derechos reservados