



Cómo Completar la denuncia administrativa de siniestro:

La Denuncia Administrativa la puede descargar de nuestra página o se la podemos enviar por fax al teléfono que Ud. nos los solicite.

POLIZA N°: Completar Número de Póliza de su Vehículo asegurado en Liderar

1. FECHA DEL SINIESTRO: Completar la FECHA, Hora y Estado de Tiempo del día que ocurrió el Siniestro
2. LUGAR DEL SINIESTRO: Completar la LOCALIDAD, PROVINCIA, CALLE, N°, INTERSECCIÓN y todos los datos que tenga del Lugar exacto donde ocurrió el hecho
3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO: Completar TODOS LOS DATOS solicitados, de la persona que conducía su vehículo asegurado en Liderar al momento del siniestro
4. DATOS DEL ASEGURADO: Completar TODOS SUS DATOS PERSONALES
5. DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO: Completar TODOS LOS DATOS DE SU VEHICULO
6. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1): SOLO PARA CHOQUES. Debe completar todos los datos que posea de la otra persona y del vehículo con el cuál chocó
7. DETALLE DEL OTRO VEHICULO (2): SOLO PARA CHOQUES EN CADENA O CON MÁS DE 2 VEHICULOS INVOLUCRADOS.
8. DAÑOS MATERIALES A COSAS: Sólo para Choques CON COSAS y no con Vehículos o Personas
9. CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO: Completar el Croquis y describir en Forma Clara y completa cómo ocurrió el siniestro
10. DATOS DEL DENUNCIANTE. Se completa sólo en el caso que la denuncia no sea hecha ni por el asegurado ni por el conductor
11. Completar LUGAR, FECHA, HORA y FIRMAR
12. (ANEXO II LESIONES) Completar todos los datos de las personas Lesionadas en el siniestro. Luego completar LUGAR, FECHA, HORA y FIRMAR

Una vez completadas las 4 hojas, deberá adjuntar:

- POR CHOQUE: COPIA DEL REGISTRO DE CONDUCIR de la persona que manejaba al momento del siniestro y copia de la denuncia policial (Solo si hubiera)
- POR ROBO: COPIA DE LA DENUNCIA POLICIAL
- POR INCENDIO: INFORME DE LOS BOMBEROS Y FOTOS DE LA UNIDAD

Luego, deberá enviar todo lo solicitado por mail a: hablemos@liderarconvos.com o por fax al 0810-999-2293



En caso de siniestros por choque, ponemos a su disposición el servicio especializado del Estudio Jurídico Rudi y Asociados, quienes lo asesoraran y llevarán su reclamo para su tranquilidad y comodidad. Comunicarse de Lunes a Viernes de 8 a 17hs. al 4243-0021 / 4392-0110 / 4245-6994

En caso de ROBO o INCENDIO, recuerde llamar nuevamente para que le indiquemos los pasos a seguir.

Si Usted tiene un AUTOMOVIL , PICK UP o CAMIONETA asegurada con nosotros, y su vehículo sufrió un daño parcial cubierto en póliza (CRISTAL, LUNETAS, CERRADURA, etc.), recuerde que deberá enviarnos la FACTURA para proceder al reintegro. Estas coberturas tienen un límite de indemnización, por lo que le recomendamos consultar previamente con nuestros asesores si su póliza lo ampara y con qué límite.

DENUNCIA DE SINIESTRO AUTOMOTOR

PÓLIZA N°:
SINIESTRO N°:
1 - FECHA DEL SINIESTRO

 Fecha: / / Hora: Diurno Nocturno Estado del tiempo: Seco LLuvia Granizo Niebla Nieve

2 - LUGAR DEL SINIESTRO

 Localidad: Provincia: País:
 Calle: N°
 Intersección de / entre: y
 Ruta N°: Km. Nacional Provincial Cruce con Ruta N°: ¿Cruce señalado? Si No
 Cruce tren: Barrera: Si No Cruce señalado: Si No Estado Barrera:
 Semáforo: Si No Funciona: Si No Intermitente Color:
 Tipo de Calzada: Estado de Calzada:

3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

 Nombre y Apellido: Género: F M
 Tipo y nro. de Documento: Fecha de Nacimiento: / / Estado Civil:
 Domicilio: C.P.:
 Localidad: Provincia: País:
 Teléfonos:
 Examen de Alcoholemia: Si No Se negó
 ¿Conductor habitual del vehículo? Si No Registro N°: Vencimiento: / /
 ¿Es el propio asegurado? Si (Continuar en el punto 5) No Relación con el asegurado:

4 - DATOS DEL ASEGURADO

 Nombre y Apellido o Razón Social:
 Tipo y nro. de Documento: Tel.:
 Domicilio: C.P.:
 Localidad: Provincia: País:

5 - DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

 Marca: Modelo: Tipo:
 Dominio: Año:
 N° Motor: N° Chasis:
 Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Taxi o remis Transporte público Servicio de urgencia Fuerzas de seguridad
 Cobertura afectada: Robo Parcial Total Incendio: Parcial Total Daño: Parcial Total
 Tipo de combustible: Nafta Gasoil GNC Gas Licuado de Petróleo (Propano-Butano)
 Detalle de los daños del vehículo:
 Taller mecánico donde será llevado:
 Dirección: Tel.: Indicar Fecha:

DAR AVISO A LA COMPAÑÍA CON UN DÍA DE ANTICIPACIÓN, COMO MÍNIMO.

ATENCIÓN: El asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacciones sin anuencia del Asegurador
 (Cláusula 7 de las Condiciones Generales de la Póliza. Art. 116 Ley de Seguros N° 17418)

6 - DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)

Propietario:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y Nº de documento:		Tel.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Marca:	Modelo:	Tipo:	
Asegurado en:		Nº de póliza:	
Dominio:		Año:	
Nº Motor:		Nº Chasis:	
Uso del vehículo: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicio de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad			
Detalle de los daños del vehículo:			
Examen de Alcoholemia del conductor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó			
¿El conductor es el propietario? <input type="checkbox"/> Si (Continuar en el punto 8) <input type="checkbox"/> No (Completar la información que sigue)			
Conductor:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y nro. de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil:
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Teléfonos:			
¿Conductor habitual del vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Registro Nº:	Vencimiento: / /

7 - DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y Nº de documento:		Tel.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Marca:	Modelo:	Tipo:	
Asegurado en:		Nº de póliza:	
Dominio:		Año:	
Nº Motor:		Nº Chasis:	
Uso del vehículo: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial o carga <input type="checkbox"/> Taxi o remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Servicio de urgencia <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad			
Detalle de los daños del vehículo:			
Examen de Alcoholemia del conductor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó			
¿El conductor es el propietario? <input type="checkbox"/> Si (Continuar en el punto 8) <input type="checkbox"/> No (Completar la información que sigue)			
Conductor:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y nro. de Documento:		Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil:
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Teléfonos:			
¿Conductor habitual del vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Registro Nº:	Vencimiento: / /

8 - DAÑOS MATERIALES A COSAS

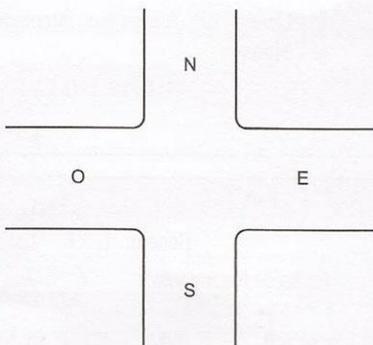
Propietario:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Tipo y Nº de documento:		Tel.:	
Domicilio:		C.P.:	
Localidad:	Provincia:	País:	
Detalle de los daños:			

9 - CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco
 Inmersión Incendio Explosión Daño c/la carga Desplazamiento

En autopista Colisión con: En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre puente Otro:
 Peatón Vehículo Transp. público Edificio Columna Animal Otro:

Croquis:



Detalle del siniestro:

Autoridad Policial que intervino (Indicar comisaría):

Dar intervención a la autoridad policial para que constate el accidente, aportando las mayores pruebas y testimonios.

10 - DATOS DEL DENUNCIANTE

¿Es el conductor asegurado? Sí (Continuar en el punto 11) No (Completar la información que sigue)

Nombre y Apellido:

Género: F M

Tipo y Nº de documento:

Tel.:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

País:

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

Lugar:

Fecha: / / Hora:

(3) Firma

(4) Firma

Aclaración

Aclaración

DENUNCIA DE SINIESTRO

EL ASEGURADO COMUNICARÁ AL ASEGURADOR EL ACAECIMIENTO DEL SINIESTRO DENTRO DE LOS TRES DÍAS DE CONOCERLO, BAJO PENA DE PERDER DERECHO DE SER INDEMNIZADO (ART. 46, 47 Y 115 LEY DE SEGUROS Nº 17418).

IMPORTANTE

CUANDO EL CONDUCTOR NO SEA EL ASEGURADO, EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR AMBOS.

ANEXO II (Lesiones)

PÓLIZA N°:

SINIESTRO N°:

1 - LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido: _____ Género: F M
 Tipo y nro. de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: / /
 Estado Civil: _____ Tel.: _____
 Domicilio: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo
 Pasajero otro vehículo Presión Tipos de lesiones: Leves Graves (con internación)
 Mortal
 Exámen de alcoholemia: Si No Se negó
 Centro Asistencial: _____

1 - LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido: _____ Género: F M
 Tipo y nro. de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: / /
 Estado Civil: _____ Tel.: _____
 Domicilio: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo
 Pasajero otro vehículo Presión Tipos de lesiones: Leves Graves (con internación)
 Mortal
 Exámen de alcoholemia: Si No Se negó
 Centro Asistencial: _____

1 - LESIONES A TERCEROS (3)

Nombre y Apellido: _____ Género: F M
 Tipo y nro. de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: / /
 Estado Civil: _____ Tel.: _____
 Domicilio: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo
 Pasajero otro vehículo Presión Tipos de lesiones: Leves Graves (con internación)
 Mortal
 Exámen de alcoholemia: Si No Se negó
 Centro Asistencial: _____

1 - LESIONES A TERCEROS (4)

Nombre y Apellido: _____ Género: F M
 Tipo y nro. de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: / /
 Estado Civil: _____ Tel.: _____
 Domicilio: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero otro vehículo
 Pasajero otro vehículo Presión Tipos de lesiones: Leves Graves (con internación)
 Mortal
 Exámen de alcoholemia: Si No Se negó
 Centro Asistencial: _____

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

Lugar: _____ Fecha: / / Hora: _____

(3) Firma

(4) Firma

Aclaración

Aclaración