



MAPFRE
AGENCIARIA
SEGUROS

Casa Central Lavalle 348
(C1047AAH) Capital Federal
Servicio de Atención al Cliente:
5777-2100 - Capital y GBA
0810-333-1000 (desde el interior)

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES

N° Siniestro

DAÑOS PERSONALES

Datos del Lesionado (1)		Clase Lesionado (Indicar con x)	
Sr./a.		Peatón/ciclista <input type="checkbox"/>	Conductor vehículo contrario <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	
Prov.	País		
DNI		Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto	<input type="text"/>	
Edad	Sexo	E. civil	
Profesión			
Lugar de Asistencia			
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:			¿QUEDA INTERNADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de lesiones:			
ESTADO LESIONADO: Muerte <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>			

Datos del Lesionado (2)		Clase Lesionado (Indicar con x)	
Sr./a.		Peatón/ciclista <input type="checkbox"/>	Conductor vehículo contrario <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	
Prov.	País		
DNI		Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto	<input type="text"/>	
Edad	Sexo	E. civil	
Profesión			
Lugar de Asistencia			
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:			¿QUEDA INTERNADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de lesiones:			
ESTADO LESIONADO: Muerte <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>			

Datos del Lesionado (3)		Clase Lesionado (Indicar con x)	
Sr./a.		Peatón/ciclista <input type="checkbox"/>	Conductor vehículo contrario <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Localidad	CP.	Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	
Prov.	País		
DNI		Relación con Propietario:	
Tel. part.	Tel. contacto	<input type="text"/>	
Edad	Sexo	E. civil	
Profesión			
Lugar de Asistencia			
NOMBRE CENTRO ASISTENCIAL:			¿QUEDA INTERNADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de lesiones:			
ESTADO LESIONADO: Muerte <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/>			

OTROS DAÑOS

Datos ANIMALES o COSAS			
Objeto	Daños	Propietario	
Domicilio		Localidad	CP.
Prov.	País	Tel. part.	Tel. contacto
Observaciones			

TESTIGOS

Datos Testigo (1)		Datos Testigo (2)	
Sr./a.		Sr./a.	
Domicilio		Domicilio	
Localidad	CP.	Localidad	CP.
Prov.	País	Prov.	País
DNI		DNI	
Tel. part.	Tel. contacto	Tel. part.	Tel. contacto
Condición del Testigo		Condición del Testigo	
Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Ocupante vehículo contrario <input type="checkbox"/>	Ocupante del vehículo asegurado <input type="checkbox"/>
Peatón <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

En _____ a las _____ del _____ de _____

Firma

Aclaración