



SINIESTRO N°.....

DENUNCIA DE ACCIDENTE - TERCEROS

El que suscribe...**MARQUEZ HECTOR**.....
Domiciliado en...**LA RIOJA 350**..... Localidad...**MAIPU**..... Tel.....
comunica a Uds. que ha sufrido un accidente de transito y solicita ser indemnizado, a cuyo efecto expone lo siguiente:

V/Socio Asegurado.....**SANTILLAN MARTA**.....

Fecha del accidente...**30/04/2010**.....Hora...**17:30**.....Lugar...**ESTACIONAMIENTO DON CARLOS (PERU 590) MAIPU**.....

.....Denuncia en la Comisaria.....**4**.....de.....**30**.....día**DEL MES DE ABRIL DE 2010**

hora.....Se labró: (marque con una cruz).

Sumario Legajo Constancia Libro de Choques Folio

Declaro ser el propietario del vehículo dañado, de las siguientes características:

Tipo de vehículo...**AUTOMOVIL**.....Marca...**CHEVROLET CORSA**.....Motor.....**2489OJAM9**.....

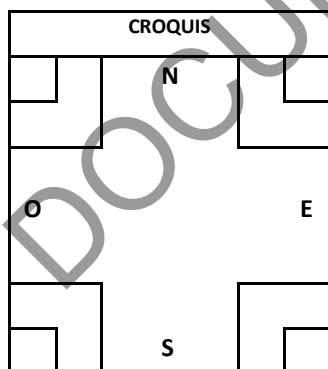
Chapa patente...**XWG 540**.....expedida por.....

DATOS DEL CONDUCTOR DE MI VEHICULO:

Nombre y Apellido...**ESTACIONADO**.....Edad.....

Domicilio.....Registro N°.....

DETALLE DEL ACCIDENTE



MI VEHICULO SE ENCONTRABA ESTACIONADO EN EL ESTACIONAMIENTO DON CARLOS DE CALLE PERU AL 500 CUANDO UN VEHICULO MARCA FIAT 600 QUE SE ENCONTRABA REALIZANDO MANIOBRAS DE RETROCESO ME EMBISTE CON SU PARTE DELANTERA IZQ. MI PARAGOLPE TRASERO DERECHO

.....
.....
.....
.....
.....

TESTIGOS NOMBRADOS EN LA SECCIONAL

.....
.....

CONSECUENCIAS

Detalle de los daños en mi...**PARAGOLPE TRASERO Y GUARDABARRO TRASERO DERECHO**.....
.....
.....
.....

Nombre del taller particular.....**EL ABOLLON**.....

Monto de los daños.....**\$500**.....Este importe representa los perjuicios sufridos y es el total que reclamo
- Adjunto Presupuestos.

Monto de los Daños:.....**\$500**.....

Doy fe contar con seguro en:

...**SAN CRISTOBAL**.....

Firma.....

Póliza N°.....**2054508/2**.....

Aclaración.....

Seguro Total - c/ franquicia - R.C.
(Tache lo que no corresponda)

L.E. o C.I.....

DAÑOS POR LESIONES

Nombre y Apellido.....

Domicilio..... Localidad..... Teléfono.....

NATURALEZA DE LAS LESIONES

Internado en Hospital y/o Sanatorio.....

Este importe representa los perjuicios sufridos y es el total que reclamo.....

Adjunto comprobantes Firma.....

Aclaración.....

L.E. o C.I.....

DOCUMENTACION A PRESENTAR

Fotocopia tarjeta de identificación del automotor.

Fotocopia boleto compra-venta (si el vehículo no esta a su nombre).

Fotocopia registro de conductor.

Certificado de cobertura extendido por la aseguradora.

Denuncia administrativa de vtra. aseguradora.

Presupuesto.

Fotografía de los daños.