



ASESORES PRODUCTORES
DE SEGUROS

CASCOS
EMBARCACIONES
DE PLACER

**DENUNCIA
DE SINIESTRO**

Compañía Aseguradora°

Esta denuncia debe ser respondida exactamente en todas partes sin omitir contestación alguna.

Siniestro N°

Póliza N°

DATOS DEL ASEGURADO

Cliente N°	Productor N°	Cobertura	Vigencia
Nombre el Asegurado			DNI/CUIL/CUIT
Domicilio actual			
Teléfono		Correo electrónico	

DATOS DEL CAPITÁN O PATRÓN

Nombre	Edad	Relación con el Asegurado	Teléfono
Domicilio	Ciudad	Provincia	País
DNI/CUIL/CUIT N°	Habilitación náutica deportiva N°	Categoría	
Expedido por	Vigencia desde	Hasta	

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha	Hora	Lugar	
Puerto más cercano (Para accidentes ocurridos durante la navegación)			País
Al momento del accidente, ¿Estaba la embarcación participando de una competencia?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONDICIONES METEOROLÓGICAS

Claro Nublado Niebla Lluvia

VIENTO

Velocidad: Cuadrante:

UBICACIÓN

Río Mar Océano Lago/Laguna Río Otros

AUTORIDAD COMPETENTE

Prefectura Subprefectura Ayudantía Otro País - Autoridad Consular Argentina

Importante: Debe adjuntar a la presente denuncia el certificado de denuncia

Describa el accidente:

(CONTINÚA AL DORSO) →

INDIQUE LA NATURALEZA Y EXTENSIÓN DE LA PÉRDIDA O DAÑOS

DATOS PARA INSPECCIÓN DE LA EMBARCACIÓN ASEGURADA

Fecha de inspección	Nombre del taller naval/ astillero / club	
Domicilio de la inspección		
Ciudad	Provincia	Teléfono

UTILIZACIÓN DE LA EMBARCACIÓN

¿Realiza actividades privadas solamentete? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso negativo indicar destino de la embarcación
¿Realiza actividades deportivas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuáles
¿Participa de regatas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar detalles
Indicar si la embarcación ha sido inspeccionada por un inspector calificado	En caso afirmativo incluir detalles

VALORES A ASEGURAR

CASCO (Incluyendo motor dentro de borda)	
Motores fuera de borda de la embarcación madre	
Embarcación auxiliar (Debe estar marcada de forma permanente con el nombre de la embarcación principal)	
Motores fuera de borda de la embarcación auxiliar	
Equipamiento	
TOTAL A ASEGURAR	

DATOS DE LA COBERTURA

Cobertura a contratar:

<input type="checkbox"/> Plan	<input type="checkbox"/> Adicionales	<input type="checkbox"/> Navegación en	<input type="checkbox"/> Guadería náutica
<input type="checkbox"/> Franquicia			

DATOS DE LA INSPECCIÓN

Lugar	Horario
Teléfono de contacto	Persona a contactar

.....
Firma del Asegurado

.....
Firma del Productor

.....
Firma y sello del Suscriptor

.....
Aclaración

.....
Aclaración

EN CASO DE HALLARSE CUALQUIER OTRA EMBARCACIÓN IMPLICADA O BAJO CUSTODIA DE UN TERCERO**DATOS DEL TERCERO (DAMNIFICADO)**

Nombre		Edad	DNI/CUIL/CUIT N°	
Domicilio		Teléfono		
Tipo de damnificado <input type="checkbox"/> Embarcación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				

DATOS DE LA EMBARCACIÓN DEL TERCERO (Completar en caso de tercera embarcación)

Propietario		DNI/CUIL/CUIT N°		
Domicilio		Teléfono		
Nombre de la embarcación	Marca	Modelo	Año	
Matrícula N°	Certificado de seguridad para embarcaciones deportivas	Vencimiento		

DAÑOS A LA EMBARCACIÓN DEL TERCERO

¿Posee seguro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Compañía de seguros	Póliza N°
--	--	---------------------	-----------

Atención: Si hay más de un tercero, completar los datos correspondientes a los terceros restantes utilizando formularios adicionales. No deberá llenar la parte correspondiente al Asegurado, salvo en el primer formulario utilizado.

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre	Domicilio	Teléfono
Nombre	Domicilio	Teléfono

¿HUBO PERSONAS LESIONADAS? SI NO (En caso afirmativo complete el siguiente cuadro)

	Sin lesiones (*)	Lesiones leves (*)	Lesiones graves (*)	Muerte (*)
En la embarcación asegurada				
En la embarcación del tercero				
Otros - ¿Cuáles?				

(*) Indique la cantidad de personas según corresponda

LESIONES A TERCEROS

1. Nombre del tercero lesionado	Domicilio	Teléfono
Relación con el Asegurado/Conductor		¿Dónde?
Indique las lesiones		
2. Nombre del tercero lesionado	Domicilio	Teléfono
Relación con el Asegurado/Conductor		¿Dónde?
Indique las lesiones		
3. Nombre del tercero lesionado	Domicilio	Teléfono
Relación con el Asegurado/Conductor		¿Dónde?
Indique las lesiones		

Atención: Si hay más de 3 lesionados, completar los datos correspondientes a los lesionados restantes utilizando formularios adicionales. No deberá llenar la parte correspondiente al Asegurado, salvo en el primer formulario utilizado.

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, que asumo total responsabilidad por su veracidad y que estoy dispuesto a prestar a la Compañía toda la cooperación para la pronta liquidación del siniestro.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y aclaración