

¿CÓMO COMPLETO EL ACTA?

- 1 Patente, fecha y hora del incidente; lugar, localidad, código postal y provincia del incidente
¡Es *obligatorio* que pongas toda esta información!
- 2 Tus datos en “Conductor”
- 3 Datos tercero (lo más completos posible)
Si el titular del vehículo no es el conductor, se completa “Propietario” y “Conductor”
- 4 Datos del vehículo y de la compañía aseguradora (podés pedirselo a los Agentes de Avis/ Budget)
- 5 Descripción de daños: del vehículo Arbitra (izq.), del tercero (der.), ¡es obligatorio que lo completes!
- 6 Descripción breve en palabras: cómo sucedió el incidente, lo más detallado posible
- 7 Diagrama del incidente: dibujá todo en detalle

**NO TE OLVIDES:
¡¡Debe estar Firmado!!**

DATOS SINIESTRO		Dominio		Fecha ocurrencia		OBLIGATORIO LO MÁS EXACTO POSIBLE	
No. Póliza		OBLIGATORIO/PATENTE		Código Postal		OBLIGATORIO	
Lugar de ocurrencia		OBLIGATORIO/LUGAR DEL ACCIDENTE		Provincia		País	
Localidad		OBLIGATORIO		Provincia		País	
INFORMACIÓN ADICIONAL							
Daños personales (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso) Daños materiales (En caso afirmativo indicar con x y completar frente) Testigos (En caso afirmativo indicar con x y completar reverso) Realizó denuncia policial? Si ☐ NO ☐ Comisaría N° ☐ Acta N° ☐				Vigencia Cobertura Franquicia Cobranza			
DATOS VEHICULO Asegurado (*)				DATOS VEHICULO Tercero (*)			
Asegurado SIEMPRE ES ARBITRA S.A. Sr./a. ☐ PROPIETARIO Domicilio AQUÍ NO VAN LOS DATOS DEL CLIENTE Localidad ☐ CP ☐ Prov. ☐ País ☐ DNI ☐ Tel. part. ☐ Tel. contacto ☐ Conductor OBLIGATORIO TODOS LOS DATOS DEL APARTADO CONDUCTOR Sr./a. ☐ CONDUCTOR Domicilio ☐ Localidad ☐ CP ☐ Prov. ☐ País ☐ DNI ☐ Tel. part. ☐ Tel. contacto ☐ Edad ☐ Sexo ☐ E. civil ☐ Profesión ☐ Reg. Conduc. N° ☐ Clase ☐ Fecha expedición ☐ Vto. ☐ Relación al asegurado ☐				Sr./a. ☐ PROPIETARIO Domicilio ☐ EN CASO QUE EL CONDUCTOR NO SEA EL TITULAR DEL VEHICULO, COMPLETAR ESTOS DATOS Localidad ☐ CP ☐ Prov. ☐ País ☐ DNI ☐ Tel. part. ☐ Tel. contacto ☐ Conductor DATOS A COMPLETAR DE MANERA OBLIGATORIA OBTENER LA MAYOR CANTIDAD DE DATOS Sr./a. ☐ CONDUCTOR Domicilio ☐ Localidad ☐ CP ☐ Prov. ☐ País ☐ DNI ☐ Tel. part. ☐ Tel. contacto ☐ Edad ☐ Sexo ☐ E. civil ☐ Profesión ☐ Reg. Conduc. N° ☐ Clase ☐ Fecha expedición ☐ Vto. ☐ Relación al asegurado ☐			
Datos vehículo Asegurado				Datos vehículo Tercero			
Marca y modelo ☐ Color ☐ Dominio ☐ Año ☐ Lugar Inspección Taller/Domicilio ☐ Entre calle ☐ y calle ☐ Localidad ☐ CP ☐ Prov. ☐ País ☐ Tel. ☐ Fecha entrada ☐ Hora ☐				Marca y modelo ☐ Color ☐ Dominio ☐ Año ☐ Compañía Aseguradora Cia. ☐ COMPLETAR DATOS - OBLIGATORIO Nro. póliza ☐ Cubre daños propios ☐ Fecha Vto. ☐			
Descripción daños Asegurado:				Descripción daños Tercero:			
OBLIGATORIO: DESCRIPCIÓN DE DAÑOS RECIBIDOS POR EL CLIENTE				OBLIGATORIO: DESCRIPCIÓN DE DAÑOS SUFRIDOS POR EL TERCERO			
DATOS ADICIONALES (Indicar con x)							
Tipo de camino:		Pavim. ☐ Empedrado ☐ Ripio ☐ Tierra ☐		Estado:		Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐	
Estado tiempo:		Seco ☐ Lluvia ☐ Niebla ☐ Granizo ☐ Nieve ☐					
Intervino libre Asistencia:		SI ☐ NO ☐					
CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO (Indicar con x)							
Daños Asegurado:		Daño Parcial (1) ☐ Robo Acheos/Ruinas (5) ☐ Robo Parcial (3) (Robo 10) ☐ Daños Tercero (8) ☐		Destrucción Total (2) ☐ Robo Hurto Total (2) ☐ Robo Crímenes (4) ☐			
Incendio Parcial (1) ☐ Incendio Total (2) ☐ Dña. Conduc. ☐							
RELATO DEL ACCIDENTE:							
OBLIGATORIO: LO MÁS BREVE POSIBLE. EXPLICAR LO OCURRIDO							
OBLIGATORIO: EN EL CROQUIS DIAGRAMAR CON LOS DATOS QUE PIDE							
OBLIGATORIO: FIRMA Y ACLARACIÓN DEL CLIENTE							
Firma ☐ Aclaración ☐							

DORSO DEL ACTA - TERCEROS

1

¿Hubo personas lesionadas? Por favor, completá toda la información que aparece en este apartado

2

¿Daños a propiedad (objetos, no vehículo de terceros)? Indicar aquí qué fue dañado

NO TE OLVIDES:
¡¡Debe estar firmado acá también!!

MAPFRE Casa Central Lavalle 348 (1306) Capital Federal
Servicio de Atención al Cliente: 0777-2100 Capital y CABA, 0810-333-1000 (desde el interior).

DECLARACION DE ACCIDENTE DE AUTOMOVILES
N° Sinistro

DAÑOS PERSONALES ESTA PAGINA SE COMPLETA SI HAY LESIONADOS O SE CHOCA CONTRA UN CUERPO EXTRAÑO

Datos del Lesionado (1)
Sr/a: _____
Domicilio: _____ CP: _____
Prov: _____ País: _____
DNI: _____
Tel. part: _____ Tel. contacto: _____
Edad: _____ Sexo: _____ E. civil: _____
Profesión: _____
Lugar de Asistencia: _____ ¿QUEDA INTERNADO? SI ☐ NO ☐
Nombre Centro Asistencial: _____
Descripción de lesiones: _____
ESTADO LESIONADO: Muerto ☐ Muy grave ☐ Grave ☐ Leve ☐

Clase Lesionado (indicar con X)
Peatón/ciclista ☐ Conductor vehículo contrario ☐
Ocupante vehículo contrario ☐ Ocupante del vehículo asegurado ☐
Asegurado/Conductor/Propietario del vehículo asegurado ☐
Relación con Propietario: _____

Datos del Lesionado (2)
Sr/a: _____
Domicilio: _____ CP: _____
Prov: _____ País: _____
DNI: _____
Tel. part: _____ Tel. contacto: _____
Edad: _____ Sexo: _____ E. civil: _____
Profesión: _____
Lugar de Asistencia: _____ ¿QUEDA INTERNADO? SI ☐ NO ☐
Nombre Centro Asistencial: _____
Descripción de lesiones: _____
ESTADO LESIONADO: Muerto ☐ Muy grave ☐ Grave ☐ Leve ☐

Datos del Lesionado (3)
Sr/a: _____
Domicilio: _____ CP: _____
Prov: _____ País: _____
DNI: _____
Tel. part: _____ Tel. contacto: _____
Edad: _____ Sexo: _____ E. civil: _____
Profesión: _____
Lugar de Asistencia: _____ ¿QUEDA INTERNADO? SI ☐ NO ☐
Nombre Centro Asistencial: _____
Descripción de lesiones: _____
ESTADO LESIONADO: Muerto ☐ Muy grave ☐ Grave ☐ Leve ☐

OTROS DAÑOS IMPORTANTE: SI SE CHOCA CONTRA DATOS DEL TERCERO OBLIGATORIAMENTE
Objeto: _____ Daños: _____
Domicilio: _____ CP: _____
Prov: _____ País: _____
Tel. part: _____ Tel. contacto: _____
Observaciones: _____

TESTIGOS
Datos Testigo (1)
Sr/a: _____
Domicilio: _____ CP: _____
Prov: _____ País: _____
DNI: _____
Tel. part: _____ Tel. contacto: _____
Condición del Testigo: Ocupante vehículo contrario ☐ Ocupante del vehículo asegurado ☐ Peatón ☐ Otros ☐
Datos Testigo (2)
Sr/a: _____
Domicilio: _____ CP: _____
Prov: _____ País: _____
DNI: _____
Tel. part: _____ Tel. contacto: _____
Condición del Testigo: Ocupante vehículo contrario ☐ Ocupante del vehículo asegurado ☐ Peatón ☐ Otros ☐

OBLIGATORIO: COMPLETAR LUGAR, HORA, FECHA, FIRMA Y ACLARACION DEL CLIENTE
Firma: _____ Aclaración: _____