



COMPañÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. Marcelo. T. de Alvear 328 - Siniestros Grales. - Tels.: (0351) 426-8857 /
68 / 85 X5000KGS - Córdoba.
Teléfonos de Atención al Cliente: 0800-444-4445 0810-222-3535
Buenos Aires 324 - Siniestros Grales. - Tel.: (0387) 426-7800 - A4402FDH,
Salta. CUIT.: 30-51830942-7 IVA RESP. INSCRIPTO
ING. BRUTOS (CM): 904-230291-7
DOMIC. FISCAL: Marcelo T. de Alvear 328 - Córdoba C.P. X5000KGS

RECLAMO
ACCIDENTES PERSONALES

CONTRATANTE DE PÓLIZA		Siniestro Nº		Póliza Nº	
Nombre y apellido completo / Razón social / Organismo público:					
DETALLE DEL SINIESTRO					
DATOS DEL ACCIDENTADO		Nombre y apellido completo:			
Tipo de Documento:	Número:	CUIT-CUIL-CDI:		Actividad principal:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:		Nacionalidad	Lugar de nacimiento:
Domicilio real / Legal – Calle y Nº:					
Barrio:		Localidad:		Provincia:	CP:
Correo electrónico:			Teléfono: ()		
CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL ACCIDENTE		Fecha:		Hora:	
Lugar:					
Describir detalladamente como ocurrió el hecho:					
El siniestro se produjo con uso de motocicleta o vehículos similares:			¿A que autoridad fue elevado? (Si es juez indicar secretaría)		
Otros Datos - ¿Se instruyó sumario policial? SI [] NO []			Autoridad ante quien se efectúa:		
¿Ha sufrido otros accidentes? SI [] NO []			Indicar lugar y fecha:		
DATOS RECLAMANTE		Nombre y apellido completo / Razón social:			
Tipo de Documento:	Número:	CUIT-CUIL-CDI:		Tipo de IVA:	Actividad principal:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:		Nacionalidad	Lugar de nacimiento:
Domicilio real / Legal – Calle y Nº:					
Barrio:		Localidad:		Provincia:	CP:
Correo electrónico:			Teléfono: ()		
Parentesco o vínculo con el lesionado o fallecido:					
RIESGO RECLAMADO VINCULANTE		[] Muerte [] Invalidez Permanente [] Asistencia Médica			
SE ENTREGA FORMULARIO:		[] Accidentes Personales – Asistencia Médica (AN-SIG-04) [] Accidentes Personales – Muerte (AN-SIG-05) [] Accidentes Personales – Invalidez Permanente (AN-SIG-06)			

Lugar y fecha

Firma y aclaración