

ANEXO U

UNIFICACION ACTA DE CHOQUE, DENUNCIA DE SINIESTRO, FICHA ACCIDENTOLOGICA

SINAT
Registro Nacional de Antecedentes de Tránsito
DENUNCIA DE ROBO / HURTO

CORREO OPERADOR AUTORIZADO
FORMULARIO ANEXO 03 - N° 000000

Timbrado
a
Sello

DENUNCIA DE ROBO HURTO Total Parcial DE VEHICULO DE CARGA

ENTIDAD INSTRUCTORA

Policía Prefectura Gendarmería Policía Aeronáutica Otros _____
 Delegación N° _____ N° de Sumario _____ N° Juzgado Interventista _____
 Secretaría N° _____ Fuero _____
 Dpto. Judicial _____ N° de Causa _____

LUGAR DEL HECHO

Calle/Ruta Nac. Prov. _____
 N°/Km. _____ Localidad _____ C.P. _____ Fecha _____ Hora _____
 Detenido Estacionado En marcha Via pública Garage Taller Otros _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Propietario Asegurado Conductor Tercero Tercero Transportado Apoderado Familiar
 O.N.J. L.E. OTRO N° _____
 Apellido y Nombre _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____
 Sexo: M F Est. Civil _____ Ocupación _____
 Fecha nac. _____ Lugar _____ Nacionalidad _____
 Lic. de Conducir: Clase _____ N° _____ Fecha Exp. _____ Fecha Venc. _____
 Otorgada por _____ C.P. _____
 Examen psicológico: Si No Fecha del examen _____ Fecha de Vencimiento _____
 Razón social _____ CUIT _____
 Compañía aseguradora _____ Póliza N° _____

DATOS DEL VEHICULO

Dominio 1 _____
Dominio Unidad Remolcada _____

Marca _____ Modelo _____ Año _____ Color _____
 N° Chasis y/o N° VIN _____
 N° Motor _____ Tipo _____
 Inscripción R.N.A. _____

TIPO	CARGA	COMERCIAL	MENSUR	RESULTA	OTRO	CONFORME RESOLUCION		UNIDAD REMOLCADA						
						Art. 54	Art. 55	ART. 54	55	ART. 56	57	58	59	

Inspección Técnica: Si No
 Se encuentra prendada: Si No Entidad _____
 Domicilio: _____ C.P. _____

DATOS DE LA CARGA ASEGURADA: _____

Monto estimado de la pérdida: _____

DESCRIPCION DE LOS FALTANTES: _____



SINAT

Sistema Nacional de Antecedentes de Tránsito
DENUNCIA DE COLISIÓN / ACCIDENTE

FORMULARIO 01 - N° 000000

DATOS DEL DENUNCIANTE

Propietario Asegurado Conductor Tercero Socero Transportado Apoderado

DNI LE LG LO IN O R S M P A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z . - / : ; ' () [] { } < > = + - = < > = + - =

Apellido y Nombre Domicilio C.P.

Localidad Provincia

Sexo: M F Est. Civil Profesión

Fecha nac. Lugar Nacionalidad

Lic. de Conducir: Clase N° Fecha Exp. Fecha Ven.

Obligado por C.P.

Le corresponde examen psicotécnico: SI No Fecha del examen

Razón social CURP

Compañía aseguradora Póliza N°

DATOS DEL CONDUCTOR (Siempre llenar al el denunciante no es el conductor)

DNI LE LG LO IN O R S M P A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z . - / : ; ' () [] { } < > = + - = < > = + - =

Apellido y Nombre Domicilio C.P.

Localidad Provincia

Sexo: M F Est. Civil Profesión

Fecha nac. Lugar Nacionalidad

Lic. de Conducir: Clase N° Fecha Exp. Fecha Ven.

Obligado por C.P.

Le corresponde examen psicotécnico: SI No Fecha del examen

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca Modelo Año Color

N° Chasis y/o N° VIN

N° Motor Tipo

Inscripción R.V.A.

Inspección Técnica: SI No

USO					UNIDAD R.V.A. R.V.A.				
TRAF.	COMER.	INDUS.	AGRIC.	OTROS	TRAF.	COMER.	INDUS.	AGRIC.	OTROS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de Carga transportada

DATOS DEL OTRO CONDUCTOR

DNI LE LG LO IN O R S M P A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z . - / : ; ' () [] { } < > = + - = < > = + - =

Apellido y Nombre Domicilio C.P.

Localidad Provincia

Sexo: M F Est. Civil Profesión

Fecha nac. Lugar Nacionalidad

Lic. de Conducir: Clase N° Fecha Exp. Fecha Ven.

Obligado por C.P.

Le corresponde examen psicotécnico: SI No Fecha del examen

Razón social CURP

Compañía aseguradora Póliza N°

DATOS DEL OTRO VEHICULO

Marca Modelo Año Color

N° Chasis y/o N° VIN

N° Motor Tipo

Inscripción R.V.A.

Inspección Técnica: SI No

USO					UNIDAD R.V.A. R.V.A.				
TRAF.	COMER.	INDUS.	AGRIC.	OTROS	TRAF.	COMER.	INDUS.	AGRIC.	OTROS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de Carga transportada

LUGAR DEL SINUESTRO

Calle / Ruta Nac. | Prov. | Localidad | Fecha | Hora

Nº / Km. | Paveda | Código Postal

TRANSITADA			TIEMPO	VISIBILIDAD	LUMINOSIDAD
En ruta	En ruta	Atico	Buena	Buena	Dia
En calle	En pendiente	Tierras	Lluvia	Regular	Amanecer
En bocacalle	Sobre puente	Empedrado	Granizo	Mala	Noche
En avenida	En nivel	Pavimento	Nieve	Mixta	Amanecer
En autopista	Cruce Vías F.C.	Otro	Viento	Mala	Citar arte
En curva	En obra			Buena	Sin arte

ACCIDENTE	COLISION CON		SERIALIZACION	SEMAFOROS	BALIZACION
Vuelco	Peñón	Dicienda	Buena	Funcionaba	Si
Despeñamiento	Auto	Animal	Regular	No Funcionaba	No
Inmersión	Pick Up	Pivote	Mala	Sin Semáforo	
Explosión	Camión	Enfide			
Incendio	Trafo o Remolc	Poste			
Otro	Transp. Pasaj	Columna	ESTADO DE LA CALZADA	Buena	Buena
	Moto	Otro	Regular	Mala	Mala
			Mala	Con Mala	Con Mala

VEHICULO (1) Denunciante	VEHICULO (2) Tercero	DETALLE DE LAS PARTES AFECTADAS			
VELOCIDAD DE CIRC. EN Km/h		Laterales	Int. Dir.	Otros	Cristales
1. ESTABA DETENIDO		Guardafreos del		Cajón	Parabrisas
Dentro calzada/vial		Guardafreos tras		Trcho	Luneta
Fuera calzada/vial		Puerta del		Interior	Puerta del. der.
En paso a nivel		Puerta tras		Externo	Puerta tras. der.
En semáforo		Faros del		Instrumentos	Puerta del. izq.
Con balizas		Faros tras		Motor	Puerta tras. int.
Sin balizas		Ruedas del		Transmisión	Vidrio de puerta izq.
2. ESTABA ESTACIONADO		Ruedas tras		Suspensión	Delantero der.
CIRCULABA POR		Motor		Urbarras	Trasero der.
calle delimitada		Paragolpe del		Orinales	Delantero izq.
carretero rápido		Paragolpe tras.		Frankie	Trasero int.
otro		Parilla		Cola	Techo solar
3. SALIA DE ESTACIONAM.		OTROS			
4. ENTRADA A ESTACIONAM.		Descripción			
5. ENTRADA A RUTA					
6. SALA DE RUTA					
7. ENTRADA A CAMINO TIERRA					
8. SALA DE CAMINO DE TIERRA					
9. ENTRADA A ROTONDA					
10. CIRCULABA EN ROTONDA					
11. CIRCULABA MARCADA ATRAS					
12. GIRABA DERECHA					
13. GIRABA IZQUIERDA					
Con luces de giro					
Sin luces de giro					
14. ADELANTADA O SOBREPASADA					
15. CAMBIO CARRIL					
16. CRUZABA BOCACALLE					
17. CRUZABA PASO A NIVEL					
18. NO RESPETO SEÑAL DE TRANS.					
19. CIRC. EN EL MISMO SENTIDO					
20. CIRC. EN SENTIDO CONTRARIO					
21. CON LUCES					
22. SIN LUCES					
De posición					
Reglamentarias					
Luzes					

MARQUE EN LAS FIGURAS LAS PARTES AFECTADAS

Vehículo denunciante Vehículo tercero

MARQUE CON RECTANGULOS () LA FORMA DE COLISION

En carrete, calle o ruta Cruce de calles o rutas

Banquina o Vereda

Banquina o Vereda

Otros

SE REALIZO EXAMEN DE: Alcoholémia Si No Estupefacientes Si No Medicamentos Si No

DEJO EXPRESAR CONSTANCIA QUE TODOS Y CADA UNO DE LOS DATOS Y DECLARACIONES REALIZADAS POR MI EN ESTE FORMULARIO ANEXO SON VERACES Y REVISTEN CARACTER DE DECLARACION JURADA POR LO QUE FIRMO EN CONFORMIDAD AL PIE DEL MISMO.

Fecha: Firma del denunciante: Sello y firma de la autoridad:

Tratado
o
Sello

SINAT

Registro Nacional de Accidentes de Tráfico
DENUNCIA DE LESIONES / MUERTE

FORMULARIO ANEXO 02 - N° 000000

ENTIDAD INSTRUCTORA

Policia Prefectura Gendarmerie Policía Aeronáutica Otro
 Delegación N° _____ N° de Sumario _____ N° Juzgado Interdentado _____
 Secretaría N° _____ Dpto. Judicial _____ N° de Causa _____

LUGAR DEL SUUESTRO

Calle/Ruta: Km Pto. _____
 N° Km. _____ Localidad _____
 Provincia _____ C.P. _____ Fecha _____ Hora _____

DATOS DEL MUERTO LESIONADO Grave Leve

Pasión Motociclista Conductor otro vehículo Ocupante otro vehículo
 Ciclista Conductor veh. asegurado Ocupante vehículo asegurado Tercero transportado
 D.N.I. L.E. L.C. OTRO N° _____

Apellido y Nombre _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____
 Sexo: M F Est. Civil _____ Nacionalidad _____
 Edad _____ Hijos _____ Edad _____
 Personas a cargo _____ Obra Social _____
 Asistencia médica en el lugar: Si No Pública Privada
 Traslado a centro asistencial: Si No Medio en que se lo trasladó _____
 Nombre del Centro Asistencial _____
 Intervención: Si No Intervención quirúrgica: Si No
 Descripción de las lesiones: _____

EXAMENES	POSITIVO	NEGATIVO
Alcohol		
Medicamentación		
Estupefacientes		

DATOS DEL VEHICULO

Dominio _____

Marca _____ Modelo _____ Año _____ Color _____
 N° Chasis y/o N° V.I.N. _____
 N° Motor _____ Tipo _____
 Inscrita PLVA _____
 Inspección Técnica: Si No

USO						USO DEL VEHICULO					
PER	TRAF	TRACION	TRAFER	ALBERG	OTRO	TRAFER	TRAFER	TRAFER	TRAFER	TRAFER	TRAFER

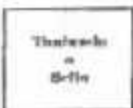
Tipo de Carga transportada: _____

DATOS DEL MUERTO LESIONADO Grave Leve

Pasión Motociclista Conductor otro vehículo Ocupante otro vehículo
 Ciclista Conductor veh. asegurado Ocupante vehículo asegurado Tercero transportado
 D.N.I. L.E. L.C. OTRO N° _____

Apellido y Nombre _____
 Domicilio _____ C.P. _____
 Localidad _____ Provincia _____
 Sexo: M F Est. Civil _____ Nacionalidad _____
 Edad _____ Hijos _____ Edad _____
 Personas a cargo _____ Obra Social _____
 Asistencia médica en el lugar: Si No Pública Privada
 Traslado a centro asistencial: Si No Medio en que se lo trasladó _____
 Nombre del Centro Asistencial _____
 Intervención: Si No Intervención quirúrgica: Si No
 Descripción de las lesiones: _____

EXAMENES	POSITIVO	NEGATIVO
Alcohol		
Medicamentación		
Estupefacientes		



SINAT

Registro Nacional de Antecedentes de Tránsito
DENUNCIA DE ROBO / HURTO

FORMULARIO ANEXO 03 - N° 000000

DENUNCIA DE ROBO HURTO Total Parcial DE VEHICULO DE CARGA

ENTIDAD INSTRUCTORA

Policia Prefectura Gendarmeria Policía Aeronáutica Otros
 Delegación N° N° de Sumario N° Juzgado Interinstitucional
 Secretaría N° Fase
 Dpto. Judicial N° de Casos

LUGAR DEL HECHO

Calle/Ruta Nac. Prov.
 N°/Km Localidad
 Previsión Fecha Hora
 Estado Estacionado En marcha Via pública Garage Taller Otros

DATOS DEL DENUNCIANTE

Propietario Asegurado Conductor Tercero Fiebre Transportado Apoderado Familiar

D.N.I. C.E. C.C. OTRO N°
 Apellido y Nombre
 Domicilio C.P.
 Localidad Provincia
 Sexo: M F Est. CM Ocupación
 Fecha nac. Lugar Nacionalidad
 Lic. de Conducir: Clase N° Fecha Exp. Fecha Venc.
 Otorgada por C.P.
 Examen psicológico: Si No Fecha del examen Fecha de Vencimiento
 Razón social CUIT
 Compañía aseguradora Póliza N°

DATOS DEL VEHICULO

Dominio
 Dominio Unidad Reservada
 Marca Modelo Año Color
 N° Chasis y/o N° VIN
 N° Motor Tipo
 Inscripción R.N.A.

USA						UNIDAD RESERVADA					
PRE	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inspección Técnica: Si No
 Se encuentra prendado: Si No
 Domicilio: C.P.

DATOS DE LA CARGA ASEGURADA:

.....

.....

.....

.....

Monto estimado de la pérdida:

DESCRIPCION DE LOS FALTANTES:

.....

.....

.....

