

**AMPLIACIÓN DE DECLARACIÓN (ROBO)**

Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**DEL SINIESTRO**

Nombre y apellido del conductor del vehículo asegurado al momento del siniestro: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad N°: \_\_\_\_\_ Registro de conducir N°: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de ocurrencia del siniestro: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Relato del hecho: \_\_\_\_\_

Lugar de ocurrencia del siniestro: \_\_\_\_\_

Municipio o localidad: \_\_\_\_\_

¿Qué hacía en ese lugar? \_\_\_\_\_

¿El vehículo posee alarma u otro sistema? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y cómo se dio cuenta de la sustracción del automotor? \_\_\_\_\_

¿Qué hizo y a qué persona avisó sobre el hecho? \_\_\_\_\_

¿Estaba solo/a? \_\_\_\_\_ ¿Quién le acompañaba? \_\_\_\_\_

¿Lo estaciona habitualmente en las inmediaciones? \_\_\_\_\_

¿Hay playas de estacionamiento en las inmediaciones? \_\_\_\_\_

¿Tiene sospecha sobre la autoría del hecho? \_\_\_\_\_

¿En el lugar encontró restos de vidrios? \_\_\_\_\_ ¿Había algún cuidador? \_\_\_\_\_

¿Le sustrajeron documentación u otros objetos? \_\_\_\_\_

Detallar: \_\_\_\_\_

Autoridad interviniente (Policial, Caminera o Municipal): \_\_\_\_\_

Firma del conductor del vehículo asegurado

C.I. N°: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma

Firma del asegurado y/o representante

C.I. N°: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma

**AMPLIACIÓN DE DECLARACIÓN (ROBO)**

**DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Marca y modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Chapa N°: \_\_\_\_\_ Chasis N°: \_\_\_\_\_

Mecánico o automático: \_\_\_\_\_ Combustible: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

**CROQUIS DEL ACCIDENTE**

(Ilustrar la forma de ocurrencia del siniestro)

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

Para qué uso es destinado el vehículo asegurado: \_\_\_\_\_

Algunas señas particulares del vehículo: \_\_\_\_\_

Fecha     /     /

\_\_\_\_\_  
Firma del conductor del vehículo asegurado  
C.I. N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado y/o representante  
C.I. N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma