

Formulario de Denuncia del Siniestro

Seguro Integral de Comercio

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°: _____

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Ubicación Afectada:

Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Departamento: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

TIPO DE SINIESTRO (puede seleccionar más de uno):

☐ Incendio ☐ Robo/Hurto ☐ Responsabilidad Civil ☐ Cristales ☐ Daños Materiales

☐ Otros – Detallar: _____

RELATO DE LOS HECHOS:

¿Hubo intervención policial? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique:

Comisaría: _____ Fecha de Denuncia: ____ / ____ / ____ Acta: _____

Si hubo sumario indique juzgado y secretaría: _____

¿Hubo testigos? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique Nombres y Apellidos:

¿Hubo intervención de bomberos? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique destacamento: _____

DETALLE DE LOS BIENES AFECTADOS:

Bien	Marca	Modelo	Valor Estimado
Total:			

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique compañías, números de pólizas y bienes cubiertos:

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES A TERCEROS Y/O DAÑOS A SUS BIENES

Nombres y Apellidos: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Descripción de los daños materiales y/o lesiones:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- ☐ Acta Policial ☐ Informe Bomberos ☐ Informe Servicio Técnico ☐ Presupuestos
☐ Otros elementos – Detallar: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

DATOS DEL PRODUCTOR

Nombres y Apellidos: _____ Matrícula N°: _____

_____ (Localidad), a los _____ días del mes _____ de _____

Firma del Reclamante

Aclaración