

Formulario de Denuncia de Siniestro

Sección Ramas Varias

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros 17.418, el asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

Aseguradora	Póliza N°

RAMO

Incendio	<input type="checkbox"/>	Integral de Consorcio:	<input type="checkbox"/>	Cristales:	<input type="checkbox"/>
Robo	<input type="checkbox"/>	Integral de Comercio:	<input type="checkbox"/>	Seguro Técnico:	<input type="checkbox"/>
Combinado Familiar	<input type="checkbox"/>				

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social:						
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> LC	<input type="checkbox"/> LE	<input type="checkbox"/> Pas. N°	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	
Ubicación del riesgo: Nº		Depto.	Piso	CP:	Localidad:	
Provincia:	Pais:	Fecha de nacimiento:			Nacionalidad:	

DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: / /	Hora:
Localidad:	Provincia:
Forma de ocurrencia (Descripción detallada):	

DETALLE DE LOS BIENES AFECTADOS

DATOS DEL DENUNCIANTE

Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar y fecha	Firma del denunciante	Aclaración
----------------------	------------------------------	-------------------