



Formulario de Denuncia de Siniestro - Asegurado

Sección: Combinado Familiar

Importante:

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo. El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

Póliza Nº: Item:

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido: DNI:
Domicilio: Tel.:
Localidad: Provincia: CP:

Domicilio del Asegurado

Calle:
Localidad/Ciudad:
Provincia:
Teléfono particular:
Teléfono celular:
E-mail de contacto:

Datos del siniestro

Fecha de Ocurrencia: Día Mes Año

Tipo de Siniestro:

Incendio	Rotura de Cristales	Responsabilidad Civil
Robo/hurto	Daños Materiales	Otros/Especificar:

RELATO DE LO SUCEDIDO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Declaración del Asegurado

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

.....
Nombre Completo del Asegurado

.....
Aclaración y DNI

.....
Fecha