

DATOS DEL ASEGURADO

CLIENTE: _____ TIPO DOC. _____ NÚMERO DOC. _____ CUIT/CUIL _____

APELLIDO _____ NOMBRES/RAZÓN SOCIAL _____

CALLE _____ NÚMERO _____ PISO _____ DPTO. _____ LOCALIDAD _____

C. POSTAL _____ PROVINCIA _____ TEL./CELULAR _____

DIRECCIÓN DE EMAIL _____

PÓLIZA _____ RAMO _____

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA SINIESTRO _____ HORA SINIESTRO _____ FECHA DENUNCIA _____

LUGAR DE OCURRENCIA _____

DESCRIPCIÓN DEL HECHO:

N° SINIESTRO _____ (Para ser completado por el Agente de Siniestros Seguros Generales)

DATOS DEL TERCERO (completar en caso de existencia de terceros en el hecho)

APELLIDO _____ NOMBRES/RAZÓN SOCIAL _____

TIPO DOC. _____ NÚMERO DOC. _____ CUIT/CUIL _____

CALLE _____ NÚMERO _____ PISO _____ DPTO. _____ LOCALIDAD _____

COMPAÑÍA ASEGURADORA _____ PÓLIZA _____

FORMA DE PAGO DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A LA PRESENTE DENUNCIA ADMINISTRATIVA

SELECCIONE LA FORMA DE PAGO

Cheque

Transferencia CBU _____ N° CUENTA _____

TITULAR DE LA CUENTA _____

BANCO _____ N° SUCURSAL _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO y N° DOCUMENTO