

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"/>				

Siniestro N° (complete la Cía.): _____ Póliza N°: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: _____ DNI / CUIT: _____
Domicilio: _____ Tel.: _____
Domicilio Comercial: _____ Ubicación del Riesgo: _____ Tel.: _____

DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: ____/____/____ Hora: _____ Lugar: _____
Ciudad: _____ Provincia: _____
Forma de ocurrencia (descripción detallada) _____

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? ¿Cuáles? _____

DETALLE LOS BIENES AFECTADOS Y/O DAÑOS

Monto estimado del daño: _____

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Intervención policial: SI NO
¿Qué comisaría intervino? _____ Acta fecha de denuncia: ____/____/____
Si hubo sumario indique Juzgado y Secretaría: _____
Nombre y Apellido de testigos: _____

IMPORTANTE: Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada.

Lugar: _____
Fecha: ____/____/____

Firma y Aclaración