Compañía de Seguros

Notificación de Siniestro

Ramos Generales excepto Autos

Póliza No.: Reclamo No.:

1. Asegurado

Nombre: DNI/RTN:

Teléfono: Celular:

E-mail:

Dirección:

Ciudad: Depto.: País:

2. Detalle del Siniestro

Fecha (día/mes/año): Hora:

Dirección:

Ciudad: Depto.: País:

Tipo de pérdida:

Descripción detallada del siniestro:

3. Testigos

Nombre	Dirección	Teléfono	Correo

4. Intervención de Autoridades

¿Hubo intervención por parte de las autoridades? ◯ Sí ◯ No

Especificar ubicación:

Autoridad que atendió:

5. Relación de las Bases Reclamadas

Marca, Tipo, Modelo, Tamaño, etc. (Si registro sobrepasa cantidad de líneas favor colocar en un archivo Excel)

Descripción	Fecha (día/mes/año)	Monto

Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario facultará a la compañía para considerar rescindida de pleno derecho mi Póliza.

Fecha (día/mes/año):

Lugar:

Firma del asegurado