

# Denuncia de Siniestro

## Secciones

- |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incendio    | <input type="checkbox"/> Rs. Varios              | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil | <input type="checkbox"/> Seguro Técnico |
| <input type="checkbox"/> Robo        | <input type="checkbox"/> Integrales de Consorcio | <input type="checkbox"/> Combinado Familiar    | <input type="checkbox"/> Cristales      |
| <input type="checkbox"/> Transportes | <input type="checkbox"/> Integrales de Consorcio | <input type="checkbox"/> Caución               | <input type="checkbox"/> Granizo        |

Asegurado: \_\_\_\_\_ **Póliza N°:** \_\_\_\_\_  
**Stro. N°:** \_\_\_\_\_

## Datos del Siniestro

### Riesgo de Transportes

Med. / Transporte: \_\_\_\_\_ Guía / Cto.: \_\_\_\_\_ Guía Hija: \_\_\_\_\_  
 Procedencia de: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrada: \_\_\_\_\_  
 Mercadería Transportada: \_\_\_\_\_  
 Carga Dañada: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_  
 Giro / Inspección: \_\_\_\_\_ Fecha de Revisación: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Despachante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Liquidador: \_\_\_\_\_ Pdo. a: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

### Riesgos Generales (Todos salvo transporte)

Causa: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ocurrencia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Ocurrencia Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Actuación Policial: \_\_\_\_\_ Comisaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Denuncia: \_\_\_\_\_  
 Acta N° \_\_\_\_\_ Adjunta Constancia: SI  NO  Hubo Interv. de Bomberos: SI  NO

### Datos de Terceros

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Pcia.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

### • Forma de Ocurrencia y Consecuencia

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bs. As., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Líneas Personales/Industriales