

DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO:

DOMICILIO: TELÉFONO:

DNI: CUIT / CUIL:

UBICACIÓN DEL RIESGO: TELÉFONO:

NÚMERO DE PÓLIZA: NÚMERO DE CLIENTE: RAMO:

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA DEL SINIESTRO: __ / __ / __ FECHA DE DENUNCIA: __ / __ / __

LUGAR DE OCURRENCIA:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO: _____

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NÚMERO DE SINIESTRO: (Para ser completado por el Agente de Siniestros Seguros Generales)

DATOS DEL TERCERO (Completar en caso de existencia de Terceros en el hecho)

NOMBRE Y APELLIDO DEL TERCERO:

DNI DEL TERCERO: CUIT / CUIL DEL TERCERO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

COMPAÑÍA ASEGURADORA DEL TERCERO: NÚMERO DE PÓLIZA:

DESCRIPCIÓN DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A LA PRESENTE DENUNCIA ADMINISTRATIVA

.....

.....

.....

.....

.....

Modalidad de Pago

C.B.U. N° CUIL / CUIT:

Interdepósito: (solo para sucursales del Banco Pcia de Bs As)
 Suc: Tipo Cta: N° Cuenta: Titular:

Cheque a nombre del asegurado a retirar por Tesorería.

Transferencia sobre Sucursal: (solo para sucursales del Banco Pcia de Bs As)
 Sucursal: Beneficiario: DNI / CUIT:

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO