

Siniestros

Líneas Industriales / Personales



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"/> Integral de Comercio | <input type="checkbox"/> Combinado Familiar | <input type="checkbox"/> Cristales |
| <input type="checkbox"/> Transportes | <input type="checkbox"/> Integral de Consorcio | <input type="checkbox"/> Caucción | <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