|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | |
| Numero de Póliza |  | Nombre del Asegurado |  | | |
| Tipo Documento |  | Nro. Documento |  | | |
| Domicilio Asegurado |  | | | | |
| Teléfono particular |  | Teléfono Comercial |  | Teléfono Celular |  |
| E-Mail |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL SINIESTRO** | |
| Fecha de Ocurrencia |  |
| Tipo de Siniestro |  |

|  |
| --- |
| **RELATO DE LO SUCEDIDO** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estimación del Daño $ |  | Denuncia Policial (Si-No) |  | Inter. de bomberos (Si-No) |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACION SOBRE DAÑOS A TERCEROS** |
| En este apartado deben completarse los datos relacionados con terceras personas que hayan sido afectadas a causa del siniestro, detallando datos y/o lesiones sólo si corresponde. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERCERO AFECTADO (1)** | | | |
| Nombre y Apellido |  | | |
| Domicilio |  | Código Postal |  |
| Localidad |  | Provincia |  |
| Teléfono de Contacto |  | Teléfono Alternativo |  |
| Descripción de los daños Materiales y/o Lesiones |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERCERO AFECTADO (2)** | | | |
| Nombre y Apellido |  | | |
| Domicilio |  | Código Postal |  |
| Localidad |  | Provincia |  |
| Teléfono de Contacto |  | Teléfono Alternativo |  |
| Descripción de los daños Materiales y/o Lesiones |  | | |

Declaro que todos los datos especificados en ésta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fechado en el día 21 del mes de Agosto de 2015.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA | ACLARACIÓN |