

De acuerdo a lo indicado en su póliza, este formulario deberá presentarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes de haber ocurrido el siniestro, favor leerlo y completarlo según el tipo de reclamación.

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO			
No. de Póliza:		Contratante de la póliza:	
Persona que reporta el siniestro:		Celular:	E-mail:
Dirección:			
Persona a contactar para inspección:			
Teléfono:		Celular:	E-mail:

2. TIPO DE RECLAMACIÓN					
TRANSPORTE		INCENDIO		OTROS	
Pérdida de mercancías		Daños al edificio		Dinero y valores	
Averías de mercancías		Daños al contenido		Responsabilidad civil	
Faltante de mercancías		Otros:		Fidelidad de empleados	
Otros:				Otros:	

3. DATOS DEL SINIESTRO			
Dirección o lugar donde ocurrió:			
Día:	Mes:	Año:	Hora:
Explique cómo ocurrió:			
¿Cómo se descubrió?			
¿Qué medidas de seguridad se tomaron ante lo sucedido?:			
¿Se notificó el caso a las autoridades?	Sí	No	Fecha de notificación:
Autoridad contactada:			

4. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL EVENTO

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO

5. ESTIMACIÓN DE LAS PÉRDIDAS

CONCEPTO	CANTIDAD	VALORES (USD\$)

¿Qué procedimiento se empleó para determinar la pérdida?

¿Qué fuente se utilizó para obtener el valor real?

Bienes salvados

¿Dónde se encuentran los bienes salvados?

Si existían otros seguros sobre los bienes asegurados, indique el número de pólizas y el nombre de las Aseguradoras

ASEGURADORA	PÓLIZA

Declaro que todos los datos relativos al siniestro y a mi/nuestra declaración son correctos, exactos y verídicos; y quedo (amos) obligado(s) a suministrar a la Aseguradora, todos los informes y documentos que me/nos solicite con respecto al siniestro. Asimismo le otorgo (amos) autorización para obtener tales informaciones de otras fuentes.

Firma y sello del Asegurado o Representante Legal

Lugar y fecha

Nombre del agente o asesor de seguros