

DENUNCIA DE SINIESTRO COMBINADO FAMILIAR



PÓLIZA Nº:
UBICACIÓN:

SUBRAMO:
SINIESTRO Nº:

DATOS DEL ASEGURADO		
APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
DOCUMENTO <input type="radio"/> CUIT <input type="radio"/> Nº	LOCALIDAD	C.P.
PROVINCIA	DOMICILIO	PISO
TELÉFONO	EMAIL	

DATOS DEL SINIESTRO		
FECHA DE OCURRENCIA / /	HORA :	LUGAR
LOCALIDAD	PROVINCIA	C.P.

FORMA DE OCURRENCIA

COBERTURAS AFECTADAS																				
<input type="checkbox"/> SEGURO DE INCENDIO <input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> RAYO <input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN <input type="checkbox"/> HURACÁN, VENDAVAL, CICLÓN, TORNADO, GRANIZO <input type="checkbox"/> TERREMOTO <input type="checkbox"/> CONTENIDO <input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> RAYO <input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN <input type="checkbox"/> HURACÁN, VENDAVAL, CICLÓN, TORNADO, GRANIZO <input type="checkbox"/> TERREMOTO <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE ALIMENTOS REFRIGERADOS <input type="checkbox"/> LIMPIEZA, REMOCIÓN DE ESCOMBROS, DEMOLICIÓN DEL EDIFICIO <input type="checkbox"/> GASTOS DE ALOJAMIENTO <input type="checkbox"/> HONORARIOS PROFESIONALES <input type="checkbox"/> INCENDIO - ROBO EN BAULERA <input type="checkbox"/> SEGURO DE CRISTALES <input type="checkbox"/> SEGURO DE DAÑOS POR LA ACCIÓN DEL AGUA U OTRAS SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> INUNDACIÓN	<input type="checkbox"/> SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL <input type="checkbox"/> A CONSECUENCIA DE INCENDIO Y/O EXPLOSIÓN <input type="checkbox"/> HECHOS PRIVADOS <input type="checkbox"/> SEGURO DE MASCOTAS <input type="checkbox"/> SEGURO DE ROBO <input type="checkbox"/> DENTRO DEL DOMICILIO <input type="checkbox"/> FUERA DEL DOMICILIO <input type="checkbox"/> DENTRO DEL PAÍS <input type="checkbox"/> FUERA DEL PAÍS <input type="checkbox"/> DAÑOS DEL EDIFICIO <input type="checkbox"/> BIENES RECIENTEMENTE ADQUIRIDOS <input type="checkbox"/> EFECTOS PERSONALES <input type="checkbox"/> MOBILIARIO EN VACACIONES <input type="checkbox"/> DINERO EN EFECTIVO <input type="checkbox"/> SEGURO DE JUGADORES DE GOLF <input type="checkbox"/> SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES	<table border="0"> <tr> <td>NOMBRE DEL AFECTADO</td> <td>LESIÓN</td> <td>MUERTE</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NOMBRE DEL AFECTADO	LESIÓN	MUERTE	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL AFECTADO	LESIÓN	MUERTE																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

DENUNCIA DE SINIESTRO COMBINADO FAMILIAR



BIENES AFECTADOS

Bienes Asegurados Específicamente:

Bienes Asegurados Específicamente contra Todo Riesgo:

Bienes por Contenido General (mobiliario):

COMPLETE SOLO EN CASO DE INCENDIO:

¿DE CUÁNTOS AMBIENTES SE COMPONE LA VIVIENDA?		¿CUÁNTOS DE ESTOS SE VIERON AFECTADOS?	
¿HUBO LESIONADOS/FALLECIDOS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA COMPLETE CON LOS DATOS QUE POSEA:			
NOMBRE Y APELLIDO		TEL/CEL.	DNI
CORREO	VÍNCULO	LESIÓN	
NOMBRE Y APELLIDO		TEL/CEL.	DNI
CORREO	VÍNCULO	LESIÓN	
NOMBRE Y APELLIDO		TEL/CEL.	DNI
CORREO	VÍNCULO	LESIÓN	
¿HUBO INTERVENCIÓN DE BOMBEROS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
PRESUNTO ORIGEN O CAUSA DEL INCENDIO:			
¿SE VIERON AFECTADOS TERCEROS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA COMPLETE CON LOS DATOS QUE POSEA:			
NOMBRE Y APELLIDO		TEL/CEL.	DNI
CORREO	CARÁCTER DEL PERJUICIO: PATRIMONIAL <input type="checkbox"/> CORPORAL <input type="checkbox"/>		
NOMBRE Y APELLIDO		TEL/CEL.	DNI
CORREO	CARÁCTER DEL PERJUICIO: PATRIMONIAL <input type="checkbox"/> CORPORAL <input type="checkbox"/>		
NOMBRE Y APELLIDO		TEL/CEL.	DNI
CORREO	CARÁCTER DEL PERJUICIO: PATRIMONIAL <input type="checkbox"/> CORPORAL <input type="checkbox"/>		

