

## SEGURO DE ROBO FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación alguna.

### DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Rama: \_\_\_\_\_  
Vigencia de la póliza desde el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido/s y Nombres/s del asegurado: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Prefijo telefónico: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Indique con una cruz si está de acuerdo en recibir notificaciones relativas a su siniestro en la casilla de correo informada en el presente formulario. Se lo tendrá fehacientemente notificado con cualquier envío realizado por este medio.

### DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia del siniestro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:  
Cobertura afectada: \_\_\_\_\_  
Detalle de como ocurrió el evento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Otros comentarios que puedan resultar de interés: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad del Asegurador.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.418.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado / Beneficiario