

Datos de la Póliza / Reclamo

Nro. Reclamo:	Nro. Póliza:	Nro. Certificado:
Sucursal de Emisión de la Póliza:		Sucursal Tramitadora del Siniestro:

Datos del Asegurado

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	C.I./ Pasaporte Nro.:	
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
1er. Nombre:	2do. Nombre:	

Dirección:

Estado:	Ciudad:	Urbanización:	Zona Postal:
Av./ Calle /Transv.:	Edif./ Casa / Local:	Piso:	Apto. Nro.:
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:
E-mail:			Fecha del Siniestro:

Causa del Siniestro:

Tipo de Evento: Muerte Natural Muerte Accidental Incapacidad

En caso de Accidente Describa (explique ampliamente los detalles de cómo ocurrió el accidente (si necesita otra hoja, utilícela):

Testigos del Accidente

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	C.I./ Pasaporte Nro.:	Profesión:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:	
1er. Nombre:	2do. Nombre:		

Dirección:

Telf. Hab. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
-------------------------	-------------------------	-------------------

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	C.I./ Pasaporte Nro.:	Profesión:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:	
1er. Nombre:	2do. Nombre:		

Dirección:

Telf. Hab. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
-------------------------	-------------------------	-------------------

¿Intervino alguna autoridad en el suceso?:
 Policía Metropolitana Tránsito Terrestre Policía Municipal Otro: _____

Declaro que la información suministrada es verdadera, completa y servirá de base para el cálculo de la indemnización solicitada. Asimismo, que los bienes o haberes asegurados provienen de una fuente lícita.

Lugar y Fecha: _____, ____ / ____ / ____

Firma del Asegurado