

Fecha: ____ / ____ / ____

- | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patrimoniales | <input type="checkbox"/> Vida | <input type="checkbox"/> Accidentes Personales |
| <input type="checkbox"/> Funerario | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Empresarial | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Patronal |

Datos del Asegurado

Nombre:

C.I. / R.I.F. Nro.:

Póliza:

Código:

Datos del Tomador (en caso de ser diferente al Asegurado)

Nombre:

C.I. / R.I.F. Nro.:

Datos de la Póliza

Nro. de Póliza:

Tipo de Póliza:

Individual

Colectiva

Datos del Intermediario

Nombre:

Código:

Nro. de Teléfono:

Correo Electrónico:

Datos del Siniestro

Fecha de Ocurrencia:

Dirección donde Ocurrió el Siniestro:

Estado:

Ciudad:

Localidad:

Monto Aprox. Reclamación:

Causas y Descripción del Siniestro:

Datos de la Persona Contacto

Nombre:

Nro. de Teléfono:

Correo Electrónico:

Responsables Asignados (sólo para uso interno)

Ajustador:

Fecha de Entrega:

Autorizado por:

Analista:

Fecha de Entrega:

Firma:

Fecha: