



SINIESTRO DAÑOS

DECLARACION PARA SINIESTRO DE SEGURO DE DAÑOS

RAMO DE: _____

Este formulario deberá presentarse dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de la realización del evento

Reclamo No. _____
Póliza No.: _____
Vigencia: Desde: _____
Hasta: _____

ASEGURADO

Asegurado: _____
Dirección : Trabajo: _____ Tel: _____
Residencia: _____ Tel: _____
Nombre del Negocio: _____

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del evento: _____ Hora: _____ Dia: _____
¿Lugar en que se descubrió? _____
Cómo se descubrió? _____
Cómo ocurrió? _____
¿Testigos que presenciaron? _____
Cómo se enteró el asegurado: _____
¿Cómo se combatió? _____
¿Qué medidas se tomaron después del siniestro? _____
Causas que presume el asegurado: _____
Autoridades que tomó conocimiento del evento: _____
Ubicación de los bienes asegurados : _____

Las pérdidas daños materiales consistieron en : _____

DATOS DE AUTORIDAD

¿Se ha notificado el caso a las autoridades? SI NO
¿ Que autoridad y cuándo? _____
¿Hubo participación del cuerpo de bomberos? SI NO

Estimación del valor real del edificio y/o contenido del siniestro:

Cantidad	Concepto	Monto

Estimaciones de las pérdidas correspondientes:

Cantidad	Concepto	Monto

1- ¿Qué procedimiento se empleó para determinar la pérdida? _____

2- ¿Qué fuente se utilizó para establecer el valor real? _____

3- Bienes Salvados _____

4- ¿Dónde se encuentran los bienes Salvados _____

5- Si los bienes asegurados tienen gravamen, indique con quienes: _____

6- Si existían otros seguros sobre los bienes asegurados, indique número de póliza y nombre de aseguradoras: _____

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

Firmo el presente formulario en la ciudad de _____ departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20 _____.

FIRMA Y SELLO DEL ASEGURADO
O SU REPRESENTANTE LEGAL