

RECLAMO DE TERCEROS

SINIESTRO:	PÓLIZA:
------------	---------

- ☐ Fotocopia de escritura de propiedad/contrato de locación.
- ☐ Fotografía de los daños
- ☐ Si cuenta con seguro de su propiedad, copia de la denuncia administrativa y certificado de la cobertura
- ☐ Sólo en caso de lesiones: Fotocopia legible de algún certificado médico
- ☐ Presupuestos que discriminen materiales y mano de obra
- ☐ Constancia policial, en caso de corresponder.
- ☐ En caso de no contar con seguro, deberá presentar una Declaración Jurada con firma certificada por falta de seguro.

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE Y APELLIDO:		D.N.I./CUIL/CUIT:	
DOMICILIO:		BARRIO:	TELÉFONO: ()-
LOCALIDAD:	PROVINCIA:		CODIGO POSTAL:
FECHA DE NACIM:	NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:
SEXO:	EMAIL: *		

DAÑOS MATERIALES A COSAS

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO:		D.N.I./CUIL/CUIT:	
DOMICILIO:		BARRIO:	TELÉFONO: ()-
LOCALIDAD:	PROVINCIA:		CODIGO POSTAL:
FECHA DE NACIM.:	NACIONALIDAD:	OCUAPCIÓN:	
ESTADO CIVIL:		SEXO:	
EMAIL: *			

DATOS DEL SINIESTRO

LUGAR:

FECHA:

HORA:

FORMA DE OCURRENCIA:

Vínculo que une al reclamante con el asegurado con el reclamante

☐ Sin Relación ☐ Amistad ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Otros

Observaciones:

Intervención policial-comisaría:

Acta N°

Sumario:

Lugar y fecha

Tel:

Correo electrónico:*

LESIONES A TERCEROS		
NOMBRE Y APELLIDO:		D.N.I/CUIL/CUIT:
DOMICILIO:	BARRIO:	TELÉFONO: ()-
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	CODIGO POSTAL:
FECHA DE NACIM.:	NACIONALIDAD:	OCUAPCIÓN:
ESTADO CIVIL:		SEXO:
Indicar el carácter que revestía al momento del siniestro: ☐ Linderos ☐ Peatón ☐ Otro		
Observación:		
Relación con Asegurado: ☐ Sin Relación ☐ Amistad ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Otros		
Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal		
¿Quién le prestó la primera atención?		
¿Quién lo derivó al Centro Asistencial?		
Centro Asistencial:		

Lugar: _____ Fecha: __/__/____ Hora: _____

Firma y aclaración