

SINIESTRO N°:
FECHA DENUNCIO: / /

DENUNCIO DE SINIESTRO

Tipo de Siniestro: **Incendio y Otros** **Robo** **cristales**

DATOS DEL DENUNCIANTE			
Nombre :		Rut :	-
Teléfono :	N° Celular :	e-mail :	

PARA CONTACTO CON EL CLIENTE LLAMAR A SEÑOR (A):			
Teléfono :		e-mail :	
	N° Celular :		

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO			
Póliza :	Endoso :	Item :	N° Ubicación :
			Corredor :
Nombre o Razón Social :			Rut : -
Dirección :		Comuna :	Ciudad :

DIRECCION DEL RIESGO			
Dirección :		Comuna :	Ciudad :
Región :	Destino y Uso :		

ANTECEDENTES CONSTANCIA O DENUNCIA CARABINEROS			
Comisaría :	Fecha Denuncia/Constancia : / /	N° Parte :	N° Folio :
		N° Párrafo :	Teléfono :
Citación Si : No :	Fecha Citación : / /	N° Testigos :	Nombre :
Juzgado :		Rol o Causa :	

TESTIGO 1			
Nombre :		Rut :	-
Teléfono :	N° Celular :	E-mail :	
Dirección :		Comuna :	Ciudad :

TESTIGO 2			
Nombre :		Rut :	-
Teléfono :	N° Celular :	E-mail :	
Dirección :		Comuna :	Ciudad :

INCENDIO Y OTROS	
Magnitud de los daños según denunciante:	Totales, Mayores, Medios Leves.
Donde se sitúan los daños, ejemplo: muros, cielos, techo, pisos, etc.:	
Valor estimado de daños \$	Medidas adoptadas para aminorar el daño:

ROBO			
Descripción general de las especies sustraídas, ejemplo: Ropa, electrodomésticos, joyas, dinero, etc.:			
¿Cómo ingresaron a la propiedad?			
¿Existía alarma? Si : No :	¿Se activo? Si : No :	¿Porque motivo no se activo?	
¿Había vigilante? Si : No :	Nombre :		
Teléfono :	N° Celular :		
Medias adoptadas por vigilante :			
Hubo testigos SI : NO :	N° Testigos :	Relación con el asegurado :	

CRISTAL

Ubicación dentro de la propiedad :

Dimensiones: Ancho cm. : , Alto cm. : , Espesor mlms. : ,

Se repuso cristal SI : NO : Indicar motivo de ser Sí.

DESCRIPCION DEL SINIESTRO:

Declaro que lo expuesto es verídico y me obligo a otorgar a la Compañía o quien ella me indique, los antecedentes que fueran necesarios para la defensa, como igualmente concurrir a citaciones judiciales y otorgar poder cuando la Compañía de Seguros así lo exija.

Declaro igualmente que no hay otros Seguros S.O.A. P. Comprometidos.

Liquidador: SI NO **Directo** **Oficial**

Nombre : Rut : -

Declaro que lo expuesto es verídico y me obligo a otorgar a la Compañía o al liquidador que designe los antecedentes que fueran necesarios, para la defensa, como igualmente concurrir a citaciones judiciales y declaro Sí NO hay otros seguros comprometidos.

He tomado conocimiento de que si la Compañía hubiera optado por otro liquidar directamente el siniestro, tengo derecho a solicitar por escrito, dentro de los próximos 5 días, que la liquidación sea practicada por un liquidador oficial.

Firma del Asegurado

Timbre Recepción Compañía