Formulario de Denuncia de Siniestro
Seguro de Bolso Protegido

Declaración del Contratante/Asegurado

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros 17418, el asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

Póliza Nº	Siniestro Nº

Datos del asegurado

Apellidos y nombres: _____ Edad: _____

DNI / CUIL: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: / /

Domicilio Particular: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Email: _____ Teléfonos: _____ _____

Domicilio laboral: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos del siniestro

Fecha de ocurrencia: / / Hora: _____ Estimación del robo: _____

Lugar de ocurrencia: _____ Nº: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Descripción y circunstancias en que ocurrió el hecho

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Detalle de elementos personales sustraídos

_____

_____

_____

Testigos del hecho consigne nombre completo, DNI, teléfono y domicilio de cada uno

_____

_____

Borrar campos

El Asegurado deberá acompañar junto al presente Formulario la siguiente documentación:

- Denuncia policial en original y copia.
- Fotocopia de DNI o constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su perdida como consecuencia del hecho que se denuncia.
- Copia de la factura de compra del bien afectado u otro elemento que acredite la preexistencia del mismo.
- Comprobante de gastos para reemplazo de llaves y documentos.

SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A. no considerará que haya finalizado con la denuncia de siniestro, aun cuando reciba el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación solicitada en el mismo.

Forma de Pago: solicito que en caso de corresponderme el pago del siniestro, el mismo se realice mediante:

Cheque ☐ **Transferencia Bancaria** ☐ **Depósito en Cuenta Ahorro Mutual** ☐

CUIL: |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__| - |__| **Banco:** _____ **CA** ☐ **CC** ☐

Nro. Cuenta: _____ **CBU:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(Adjuntar constancia del C.B.U. emitida por la entidad (22 dígitos) y constancia de CUIL).

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

Lugar y fecha	Firma del denunciante	Aclaración