La Independencia
de Seguros S.A.

Oleary Nº 409 esq. Estrella
Edif. Parapití - 1er Piso
Tel: (595 021) 447021 R.A.
Fax: 448-996 Cel: 0992-432692

| SINIESTRO | | | |
|---|---|---|---|
| Nº | MES | AÑO | VºBº |
| | | | |

# DENUNCIA DE SINIESTRO

## SECCIÓN INCENDIO

Asegurado_____C.I.Nº_____

El que suscribe_____C.I.Nº_____domiciliado en la casa Nº_____

de la calle_____con tel: _____cel:_____

en su carácter de asegurado de la póliza Nº _____ en esa compañía formula a sus efectos la presente Denuncia.

Fecha del Siniestro: _____Día_____Mes_____Año_____Hora:_____

Lugar del Siniestro:_____

## Datos de la póliza

Póliza Nº_____ Emisión: _____ Vigencia:_____ Objeto:_____Agente:_____

Causa del Siniestro:_____

## CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Obs. Declaro que todas las informaciones dadas con relación al presente reclamo, aunque no fueran escritas con mi puño y letra, son veraces declarando bajo fe de juramento que los datos por mi denunciados, corresponden a la verdad y en prueba de lo cual firmo a continuación, en_____a los _____días del mes de_____del año 2_____ siendo las ___:___hs

_____ _____

Firma del Denunciante Aclaración

## Daños sufridos

_____

_____

_____

_____

## Observaciones del Siniestro

La denuncia se realizó dentro de las 72hs según clausula Nº 13 de las condiciones generales comunes: El asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 (tres) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia Si ( ) No ( ) Razón_____

_____

_____ _____

Asegurado o Denunciante Aclaración

Atendido por: _____

## Inspección

Obs:_____

_____

## Ubicación del Riesgo

Nombre de la persona que recibirá al inspector:_____ tel:_____Cel:_____

Como llegar al lugar:_____

_____

_____

Fecha de Inspección:_____ Hora:___:___hs Inspector:_____Firma:_____

## EXCLUSIVO DEL INSPECTOR

### Coberturas a ser Inspeccionadas

| | Si | No |
|---|---|---|
| Incendio Edificio | | |
| Incendio Contenido | | |
| Robo del contenido | | |
| Cristales, vidrios, y espejos | | |
| Daños por acción del agua | | |
| Accidentes Personales | | |
| Responsabilidad Civil | | |

Especificar Objeto de Inspección:_____

_____

_____

Obs:_____

_____

_____