



# PROVIDENCIA

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

(antes denominada Generali Argentina Compañía de Seguros S.A., en trámite de inscripción ante organismos de control).

## DENUNCIA DE SINIESTRO

Póliza Nº \_\_\_\_\_ Siniestro Nº \_\_\_\_\_

### 1. TIPO DE SEGURO

(marcar el que corresponda)

01. Incendio - Rayo - Explosión - Cristales
09. Responsabilidad Civil
10. Robo
17. Seguro Técnico
19. Transporte de Mercaderías
25. Seguro Integral de Comercio
26. Seguro Combinado Familiar
27. Seguro Integral de Consorcio

### 2. AUTORIDAD INTERVINIENTE

- Policía
- Prefectura Naval Argentina
- Bomberos
- Otros

#### Ubicación de la dependencia donde denuncia

Calle y Número \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono / Contacto \_\_\_\_\_

### 3. FECHA DEL SINIESTRO

Día / Mes / Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

### 4. LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Intersección de / entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### 5. DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

¿Es el propio asegurado? **Sí**  (continuar en el punto 6) **No**  (continuar en siguiente línea)

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

### 6. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

## 7. DATOS DEL TESTIGO (1)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

## 8. DATOS DEL TESTIGO (2)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

## 9. DATOS DEL DAMNIFICADO (1)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

## 10. DATOS DEL DAMNIFICADO (2)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Doc. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

## 11. DATOS DEL RIESGO ASEGURADO

Actividad principal

Otras actividades

## 12. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUCESO Y DE LOS DAÑOS / LESIONES

.....

.....

.....

.....

.....

Firma ..... Fecha .....