

Formulario de denuncia Combinado Familiar

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**

Cobertura denunciada: ☒ 

Incendio ☐

Rotura de Cristales ☐

Responsabilidad Civil ☐

Robo / Hurto ☐

Alimentos en Freezer ☐

Otros ☐

Todo riesgo electrodoméstico ☐

Acc. Personales Personal Doméstico ☐ ¿Cuál?

Fecha de denuncia/...../..... DD/MM/AAAA



Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s Nacionalidad:

Lugar de nacimiento: Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No Binario

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

Tipo y N° de documento Fecha de nacimiento/...../..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular Tel. Celular E-mail

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? Si ☐ No ☐

En función de la Resolución UIF N° 28/2018, Soluciones de Asistencia Integral S.A. debe requerir a sus clientes le informen si son Personas Políticamente Expuestas (PEPs) o si se encuentran relacionados a alguna de ellas.

Si tenés dudas ingresa a:

<https://www.argentina.gob.ar/uif/preguntas-frecuentes-generales-uif/personas-expuestas-politicamente>

El / la que **suscribe declara bajo juramento** que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que ha leído la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" que se encuentra publicada en la web de Soluciones de Asistencia Integral S.A. y que

☐ SI soy una Persona Expuesta Políticamente ☐ NO soy una Persona Expuesta Políticamente

En caso **afirmativo**, se indica el Organismo Estatal en donde me desempeño, así como mi cargo, función o jerarquía:

.....



Datos del siniestro

Fecha y hora de ocurrencia del siniestro:

.....

¿Dónde ocurrió? (Calle, localidad, provincia)

.....

Relato de lo sucedido (incluyendo detalles de los daños materiales, lesiones propias y/o a terceros):

.....

.....

.....

.....

.....



Descripción de el/los bien/es reclamado/s (artículo, marca, modelo, N° de serie, etc)

1) Bien:..... Valor \$:

2) Bien:..... Valor \$:

3) Bien:..... Valor \$:

4) Bien:..... Valor \$:

5) Bien:..... Valor \$:

6) Bien:..... Valor \$:

7) Bien:..... Valor \$:

8) Bien:..... Valor \$:

Solo en caso de robo del Equipo Celular por favor informar el número de IMEI del mismo.

.....

.....

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? Si ☐ No ☐

En caso de responder Sí por favor **detalle el nombre de la compañía de seguros.**

¿El Asegurado es el titular del Inmueble? Si ☐ No ☐

En caso de responder No por favor **por favor indicar nombre y apellido y DNI del Titular del inmueble.**

.....

Intervención policial: Si ☐ No ☐

Comisaría N°.....

N° de Acta:

Fecha de Denuncia:.....

Intervención de bomberos: Si ☐ No ☐

Cuartel N°

N° de Acta:



Datos de Terceros Afectados

Nombre/s y Apellido/s

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

Tipo y N° de documento Fecha de nacimiento/...../..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular Tel. Celular E-mail

¿En qué aspecto ha sido afectado?



Formas de pago

Nombre y apellido del Titular de la cuenta:

Nº de CUIT/CUIL del titular de la cuenta (11 dígitos): - -

Nombre del Banco:

Nº de CBU (22 dígitos)

Si no tenés una cuenta bancaria propia, podés usar la cuenta de un tercero/a. Tené en cuenta que deberás:

- Informarnos el parentesco / relación con esta persona
- Presentar el Formulario PEP (Personas Expuestas Políticamente) completo y firmado por el tercero adjuntando copia del DNI

Información Importante

- Deberás presentar:

Si es por robo:

- Prueba de preexistencia de los bienes sustraídos
- Copia de denuncia policial.
- Baja de IMEI (celular)

Si es por daño:

- Copia del presupuesto de reparación
- Foto clara del daño del producto reclamado junto con la copia del DNI del asegurado (ambos en la misma foto, NO por separado).

Si es por incendio:

- Comprobante del reclamo a Bomberos
- Fotos claras de los daños ocasionados

En todos los casos:

- Este formulario de Denuncia completo

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros No 17.418.

Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Denunciante

.....
Aclaración