

Este formulario tendrá que presentarse debidamente completado dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de sucedido el evento o siniestro.

I. EXCLUSIVO PARA LA COMPANÍA

Siniestro N°	Recibos		Fecha	
	Vencimiento	Situación	Notificación	Ocurrencia

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre

Dirección particular

Teléfono

Dirección comercial

Teléfono

III. COBERTURA BAJO LA CUAL PRESENTA EL RECLAMO

Póliza N° Vigencia póliza Certificado N°

1. Incendio <input type="checkbox"/>	4. Responsabilidad civil <input type="checkbox"/>
Daños a construcciones <input type="checkbox"/>	5. Cobertura de fondos <input type="checkbox"/>
Daños al contenido <input type="checkbox"/>	Robo/Hurto <input type="checkbox"/>
Otros <input type="text"/>	Fidelidad <input type="checkbox"/>
2. Familia Hogar Seguro/Multiriesgo Empresa Segura <input type="checkbox"/>	6. Diversos otros/Equipo electrónico <input type="checkbox"/>
3. Transporte <input type="checkbox"/>	7. Aviación <input type="checkbox"/>
Robo de mercadería <input type="checkbox"/>	8. Navegación <input type="checkbox"/>
Faltante de mercadería <input type="checkbox"/>	9. Seguro de ingeniería <input type="checkbox"/>
Avería de mercadería <input type="checkbox"/>	10. Calderas <input type="checkbox"/>
Otros <input type="text"/>	11. Rotura de vidrios <input type="checkbox"/>
	12. Otros <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DEL EMBARQUE (Exclusivo para siniestros pólizas de transporte)

N° Certificado o declaración mensual

Bienes asegurados

Despachados por

Consignados a

Transportados por Vía

(Nombre de barco o empresa transportista)

Desde Hasta

Según factura N° De fecha

Conocimiento de embarque Guía aérea Carta de porte Otros

N° De fecha

V. DATOS DEL SINIESTRO

Fecha [] Hora [] Día []

Lugar o dirección donde ocurrió []

Explique como ocurrió []
[]
[]
[]

¿Cómo se descubrió? []

Testigos presenciales

Nombre [] Dirección y teléfono []
[] []

¿Cómo se combatió? []

¿Cuáles fueron las causas que lo originaron? []
[]

Intervino: Policía Bomberos Otros []

Delegación [] Levantó informe []

¿En qué parte de las instalaciones o del lugar del siniestro estaban ubicados los bienes dañados? []
[]

¿Con qué otra compañía de seguros tiene asegurados sus bienes? []

Si los bienes estaban cedidos anote a favor de quién []

VI. DETALLE DE LAS PÉRDIDAS SUFRIDAS

[]	\$ []
[]	\$ []
[]	\$ []
[]	\$ []

Declaro(amos) bajo juramento que todos estos datos relativos al siniestro y a mi/nuestra declaración son correctos, exactos y verídicos, quedo(amos) obligado(s) a suministrar a la compañía todos los informes y documentos que me/nos solicite con respecto al siniestro, asimismo le(s) otorgo(amos) la autorización a MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR S.A. para obtener tales informaciones/documentaciones de otras fuentes e investigue los hechos mencionados. Si existiese falsedad en la información/documentación, la compañía no estará obligada a pagar este reclamo.

[] de [] del []

Nombre del Agente o Corredor de Seguros

Firma y sello del Asegurado
o Representante Legal