

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 COMPAÑÍA

Siniestro N°	Recibos		Fecha	
	Vencimiento	Situación	Notificación	Ocurrencia

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre

Dirección particular

Teléfono

Dirección particular

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"/>
a) Daños o construcciones <input type="checkbox"/>	5. Cobertura de fondos <input type="checkbox"/>
b) Daños al contenido <input type="checkbox"/>	a) Robo/Hurto <input type="checkbox"/>
c) Otros <input type="text"/>	b) Fidelidad <input type="checkbox"/>
2. Familia Hogar Seguro/Multirisgo Empresa Segura <input type="checkbox"/>	6. Diversos otros/Equipo electrónico <input type="checkbox"/>
3. Transporte <input type="checkbox"/>	7. Aviación <input type="checkbox"/>
a) Robo de mercadería <input type="checkbox"/>	8. Navegación <input type="checkbox"/>
b) Faltante de mercadería <input type="checkbox"/>	9. Seguro de ingeniería <input type="checkbox"/>
c) Avería de mercadería <input type="checkbox"/>	10. Calderas <input type="checkbox"/>
d) 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 por

Transportados por Vía

(Nombre de banco 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

Explíque 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

<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

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

Nombre del agente o corredor de seguros