

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.
Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2223-2687, 2245-3389

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 No.	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 No. _____ VIGENCIA PÓLIZA _____ CERTIFICADO No. _____

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="checkbox"/>	b) FIDELIDAD <input type="checkbox"/>
2. FAMILIA HOGAR SEGURO / MULTIRIESGO <input type="checkbox"/>	6. DIVERSOS OTROS / EQUIPO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>
EMPRESA SEGURO <input type="checkbox"/>	7. AVIACIÓN <input type="checkbox"/>
3. TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	8. NAVEGACIÓN <input type="checkbox"/>
a) ROBO DE MERCADERÍA <input type="checkbox"/>	9. SEGURO DE INGENIERÍA <input type="checkbox"/>
b) FALTANTE DE MERCADERÍA <input type="checkbox"/>	10. CALDERAS <input type="checkbox"/>
c) AVERÍA DE MERCADERÍA <input type="checkbox"/>	11. ROTURA DE VIDRIOS <input type="checkbox"/>
d) OTROS _____ <input type="checkbox"/>	12. OTROS <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DEL EMBARQUE (Exclusivo para Siniestros Pólizas de Transporte)

No. CERTIFICADO O DECLARACIÓN MENSUAL: _____
 BIENES ASEGURADOS: _____
 DEPACHADOS POR: _____
 CONSIGNADOS POR: _____
 TRANSPORTADOS POR: _____ VÍA: _____
 (Nombre de Barco o empresa Transportista)
 DESDE: _____ HASTA: _____
 SEGÚN FACTURA No.: _____ DE FECHA: _____
 CONOCIMIENTO DE EMBARQUE GUÍA AÉREA CARTA DE PORTE OTROS _____
 No. _____ DE FECHA: _____

V. DATOS DEL SINIESTRO

FECHA: _____ HORA: _____ DÍA: _____

LUGAR O DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ: _____

EXPLIQUE COMO OCURRIÓ: _____

COMO SE DESCUBRIÓ: _____

TESTIGOS PRESENCIALES:	NOMBRE:	DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

COMO 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 y 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 La Centro Americana, 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 20 _____

NOMBRE DEL AGENTE O CORREDOR DE SEGUROS

FIRMA Y SELLO DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL