

Reclamo de terceros

IMPORTANTE: La presentación de este reclamo y documentación no significa de modo alguno que la Compañía acepte responsabilidad en el hecho, obrando a mero título informativo y sin perjuicio de que el asegurado resulte o no responsable y/o haya dado cumplimiento a las cargas legales y contractuales.

RECLAMANTE:

1. DATOS DEL RECLAMANTE

Carácter en que formula el reclamo:			
Nombre y Apellido del propietario:			Tel:
Cel:	E-mail:		
Domicilio:	Localidad:	CP:	
Nombre y Apellido del Conductor en el momento del hecho:			
Domicilio:		Localidad:	CP:
Registro N°	Vencimiento: / /	Categoría:	Expendido por:
Marca del vehículo:		Modelo/Año:	
Patente:		Asegurado en:	Póliza:
Detalle de los daños reclamados:			

2. DATOS DEL ASEGURADO DE ESTA COMPAÑÍA

Nombre y Apellido del conductor:			
Domicilio:	Localidad:	CP:	
Nombre y Apellido del Propietario:			
Domicilio:	Localidad:	CP:	
Registro N°:	Vencimiento:	Categoría:	Expendido por:
Marca del vehículo:		Modelo/Año:	
Patente:		Asegurado por póliza:	

3. DETALLES DEL ACCIDENTE

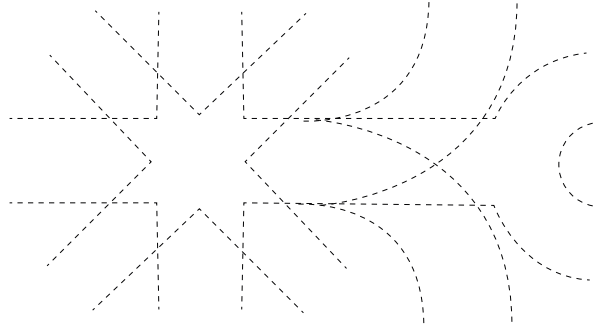
Marca:

Fecha de ocurrencia	Hora:	Calle:	
Entre calle:		y calle:	
Localidad:	Pcia:	Autoridad Policial Interveniente:	
Forma en que ocurrió:			

4. TESTIGOS

Nombre y Apellido	Domicilio	Doc. N°	TE.	Ocupante del rodado, Transeúnte, etc.

5. COMPLETE ESTE CROQUIS, SIN EXCEPCIÓN



6. DETALLE DE LOS RUBROS RECLAMADOS

CONCEPTO	INFORME

En forma conjunta con la presentación del formulario de reclamo - completo en todas sus partes - se deberá adjuntar la documentación detallada a continuación:

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DENUNCIA ADMINISTRATIVA (efectuado por el reclamante de tu compañía).
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE COBERTURA DE TU ASEGURADORA (Presentar Declaración Jurada si no tenés seguro).
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CARTA DE FRANQUICIA (Si corresponde).
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ACTA POLICIAL (Si hubo intervención policial).
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	FOTOS DE LOS DAÑOS (Con por lo menos una en dónde se vea la patente del vehículo).
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PRESUPUESTO.
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE CONDUCIR.
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DNI.
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	TÍTULO O CÉDULA DEL VEHÍCULO.
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO MÉDICO (Si tuviese lesiones)

Domicilio:

Tel:

Lugar y fecha:

Firma del Reclamante:
