

1.- Póliza N°: _____ (si es renovación de anteriores, indicar números y vigencias): _____

2.- Asegurado: _____

3.- Vigencia de la cobertura: desde _____ hasta: _____

4.- Fecha de inicio de la retroactividad: _____

5.- Período de extensión de denuncias: _____

6.- Fecha de recepción del reclamo fehaciente por escrito: _____

7.- Fecha del hecho generador que puede dar lugar a un reclamo: _____

8.- Información confidencial del siniestro: _____

Lugar exacto del siniestro : _____ Fecha del Siniestro : _____

Hora del siniestro: Mañana _____ Tarde : _____ Noche : _____

Descripción del siniestro (describir exactamente lo ocurrido) : _____

9.- Declaraciones / manifestaciones hechas por la persona afectada (si es posible, indicar citas de sus manifestaciones, notas de horas, reclamo pecuniario, y a quien se las realizó). _____

10.- Testigos o personas conocedoras del hecho: _____

Nombre : _____ Dirección : _____

Nombre : _____ Dirección : _____

11.- Hay demanda judicial? Si: _____ No: _____

12.- Fue notificada? Si: _____ No: _____ En qué fecha?: _____ / _____ / _____

Acompaña copia de la demanda: Si: _____ No: _____

Hay documentación incorporada a la demanda: Si: _____ No: _____

13.- Hay proceso penal en contra : Sí: _____ No: _____

Por favor, indicar dónde se halla radicado, N° de la causa, nombre o carátula de la misma: _____

14.- Favor de indicar cómo tomó conocimiento de la existencia de la misma: (p.ej: citación, a indagatoria, etc.) _____

LA RECEPCION POR PARTE DE TPC DEL PRESENTE FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO NO IMPLICA MODIFICAR, ALTERAR O INTRODUCIR CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA ARRIBA INDICADA, CUYAS CONDICIONES, ALCANCES, EXCLUSIONES Y LIMITES SUBSISTEN EN TODAS SUS PARTES.

Fecha en que se completa este formulario: _____ / _____ / _____

Firma: _____

Aclaración: _____

Carácter: _____

(Administrador, Asesor Letrado)