

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| POLIZA Nº: | | ASEGURADO: | |
| Fecha fehaciente del reclamo por escrito: | | Fecha del hecho origen del reclamo: | |
| DATOS DEL RECLAMANTE / REQUERENTE | | | |
| Apellido y Nombre _____ | | | |
| Domicilio _____ | | | |
| Teléfonos _____ | | | |
| Hechos, fundamentos y derecho sobre los que, a su juicio, se basa el reclamo en su contra: | | | |
| ¿Hay demanda judicial? | ¿Fue notificada? | ¿En qué fecha? | |
| ¿Acompaña copia de la demanda? | ¿Hay proceso o denuncia contra alguna aseguradora por el hecho que se reclama? | | |
| Por favor, indicar dónde se halla radicado, Nº de la causa, nombre o carátula de la misma | | | |
| Monto reclamado o estimación del mismo: | | | |
| <p>LA RECEPCIÓN 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</p> | | | |
| Fecha | Firma | Aclaración | |