

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO – RAMOS PATRIMONIALES

Pág. 1 de 2



INSTITUTO DE SEGUROS S.A.
LA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO POR AMIGOS

Buenos Aires,de de 20.....

Póliza: Siniestro: Fecha de denuncia:

El Instituto de Seguros SA, se reserva el derecho de solicitar información adicional.

Datos Generales - Completar todos los datos del asegurado y póliza.

Nombre del Asegurado:

Domicilio del Asegurado:

Tel. particular:Tel. comercial:Tel. celular:

E-mail de contacto:

Información del siniestro - Completar todos los datos que describen el siniestro ocurrido

Fecha de ocurrencia:/...../..... Hora:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Robo/Hurto | <input type="checkbox"/> Incendio o/TRO | <input type="checkbox"/> Cristales | <input type="checkbox"/> Resp.Civil |
| <input type="checkbox"/> Rs. Varios | <input type="checkbox"/> Integral de Com. | <input type="checkbox"/> Comb.Familiar | <input type="checkbox"/> Integral de Cons |
| <input type="checkbox"/> Caución | <input type="checkbox"/> Cascos | <input type="checkbox"/> Seguro Técnico | <input type="checkbox"/> Transportes |

Lugar de ocurrencia

Calle: Piso: Dpto: Localidad: Provincia:

Detalle de lo sucedido:

.....
.....
.....

Estimación del daño (\$)..... Denuncia policial: si no Intervención de bomberos: si no

Comisaria: Fecha de denuncia: Acta N° Sumario N°

Detalle de los bienes dañados o sustraídos:

.....
.....

Información sobre daños a terceros

Completar los datos relacionados con terceras personas que hayan sido afectadas a causa del siniestro, detallando daños y/o lesiones, solo si corresponde.

Terceros afectados:

1.- Nombre y Apellido:

Domicilio:(CP)..... Localidad:

Provincia:Tel. de contactoTel. alternativo

Descripción de daños materiales y/o lesiones:

.....
.....
.....
.....

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO – RAMOS PATRIMONIALES

Pág. 2 de 2

2.- Nombre y Apellido:

Domicilio:(CP)..... Localidad:

Provincia:Tel. de contactoTel. alternativo

Descripción de daños materiales y/o lesiones:

.....
.....
.....
.....

Declaro que todos los datos contenidos en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome a cualquier falsa información u omisión.

Consentimiento del titular de los datos

Consentimiento del Titular de los Datos, consiento expresamente que la empresa podrá tratar mis datos personales con el objeto de cumplir con sus obligaciones contractuales y las leyes laborales, previsionales e impositivas y realizar todas las actividades que tengan por objeto del cumplimiento del objeto social, incluyendo las actividades de recursos humanos y la prestación del servicio de seguro.

Asimismo, consiento que mis datos personales puedan ser transferidos a jurisdicciones que no posean normativa de protección de datos personales similares o adecuadas a la Argentina, cuando la empresa proporcione medidas de seguridad y confidencialidad de los mismos.

Tomo conocimiento que el destinatario de los datos personales será Instituto de Seguros S.A., y que tengo el derecho de acceso, información, rectificación, actualización y supresión de los mismos.

Los datos personales están sujetos a la política de privacidad que se encuentra a disposición en el sitio www.institutodeseguros.com.ar

En cumplimiento de la Disposición de la DNPDP N° 10/2008 se informa lo siguiente:

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25326".

"La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

Buenos Aires, de de 20.....

.....
Firma

.....
Aclaración