Seguros Caracas
RIF. J-00038923-3

FORMULARIO DE DENUNCIA
Unidad de Defensa del Asegurado

Fecha de Solicitud:

I. Información General

Carácter con el que actúa el denunciante:

☐ Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Contratante

Tipo de Póliza:

☐ Individual ☐ Colectiva

Ramo de la Póliza:

☐ Personas ☐ Automóvil ☐ Patrimoniales ☐ Fondo Administrado

II. Información del Denunciante (Persona Natural)

Identificación (C.I. o Pasaporte):

☐ V ☐ E ☐ P N°:

Nombre(s) y Apellido(s) del Denunciante:

RIF:

Sexo:

☒ M ☐ F

Correo Electrónico: (obligatorio)

N° de Póliza: **(obligatorio)**

N° de Siniestro: **(de ser el caso)**

Fecha de Contratación:

III. Dirección del Denunciante (Persona Natural)

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Calle, Avenida:
Edif, Casa, Quinta, Torre:	Apto, Local, Ofic.:	Piso, Nivel:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:

IV. Información del Denunciante (Persona Jurídica, sólo si aplica)

Razón Social:

RIF:

Organización Sin Fines de Lucro: (OSFL) ☐ Si ☐ No

Tipo de Empresa:

☐ Privada ☐ Publica

Número de Póliza: **(obligatorio)**

Número de Siniestro: **(de ser el caso)**

Fecha de Contratación:

Datos referidos a la inscripción de la empresa en el Registro correspondiente:

Datos del Acta que contiene la designación vigente de sus Representantes:

V. Domicilio Fiscal y Datos de la Persona Jurídica

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Calle, Avenida:
Edif., Galpón, Casa, Quinta:	Torre, Sección, Ala:	Local, Ofic., Apto:
Piso, Nivel:	Vía principal:	Referencia:
Código postal:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:

VI. Descripción y Motivo de la Denuncia **(Especifique de forma clara y precisa el motivo de su denuncia, y de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento)**

VII. Recaudos **(Detalle los documentos que adjuntará para respaldar su reclamo tales como, contratos, pólizas, o cualquier otro documento que guarde relación con su denuncia)**

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Huella Dactilar (Pulgar Izquierdo)

Huella Dactilar (Pulgar Derecho)

Nombre y Apellido del Denunciante: _____

C.I.: _____

Declaro que la información y datos que he suministrado, al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o tergiversar circunstancias que puedan afectar la apreciación de los hechos, y autorizo a la Unidad de Defensa del Asegurado, a la verificación de los mismos para la evaluación de mi solicitud.

El correo electrónico proporcionado en este Formulario, es el medio electrónico válido de notificación para todos los efectos legales, considerándose eficaz toda notificación, desde el momento de su envío a la dirección suministrada. Los lapsos para el ejercicio de derechos o cumplimiento de obligaciones y requerimientos, se contarán siempre a partir del día hábil siguiente a la fecha de envío de la notificación electrónica.