

Formulario de notificación de siniestro

Avda. Isla Graciosa 1- CP 28703 San Sebastián de los Reyes - Madrid - Teléfono: 902 103 328 - Fax.: 914 579 302

Información general

Número de póliza/Agencia emisora	<input type="text"/>	Nº de siniestro:	<input type="text"/>	(si lo conoce)			
Tipo de seguro:	<input type="checkbox"/> Incluido	<input type="checkbox"/> Opcional	<input type="checkbox"/> Tarjetas				
Fecha de contratación del seguro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Apellidos:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>				
DNI:	<input type="text"/>						
Calle, número:	<input type="text"/>						
CP:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>		
Nombre y apellidos de otras personas que también han tenido el siniestro y estén en la misma póliza de seguro:							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Número de cuenta bancaria: IBAN	<input type="text"/>	Entidad:	<input type="text"/>	Sucursal:	<input type="text"/>	Dígito control:	<input type="text"/>
Nº de cuenta:	<input type="text"/>						
Titular de la cuenta:	<input type="text"/>						

Detalles del viaje asegurado

Duración prevista del viaje:	Desde:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hasta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de seguro:	<input type="checkbox"/> avión	<input type="checkbox"/> tren	<input type="checkbox"/> coche	<input type="checkbox"/> otros				

Circunstancias y consecuencias de siniestro

Fecha de ocurrencia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lugar:	<input type="text"/>
Tipo de siniestro:					
<input type="checkbox"/> Gastos médicos	<input type="checkbox"/> Demora de viaje/ pérdida enlaces/ pérdida visitas				
<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil	<input type="checkbox"/> Prórroga de estancia				
<input type="checkbox"/> Equipajes (robo, demora, averías o pérdidas)	<input type="checkbox"/> Repatriación/ regreso anticipado				
<input type="checkbox"/> Gastos de anulación	<input type="checkbox"/> Compensación de servicios				
<input type="checkbox"/> Reembolso de vacaciones no disfrutadas	<input type="checkbox"/> Otros:				
Importe solicitado:	<input type="text"/>	Importe cubierto por su póliza:	<input type="text"/>		
Por favor, haga una breve descripción de lo ocurrido (si este espacio no fuera suficiente, por favor, continúe en una hoja aparte)					
<input type="text"/>					

En caso de pérdida o robo de equipaje

Enumere detalladamente todos los artículos perdidos o dañados. Incluya las facturas de adquisición, facturas de reparación o valoración de los costes. Si es posible remítanos las facturas originales.

Artículo	Fecha de adquisición	Importe	Establecimiento

(si este espacio no fuera suficiente, por favor, continúe en una hoja aparte)

Total:

¿Ha recibido algún tipo de indemnización/ compensación por parte de alguna otra compañía? Si NO

Cantidad (en euros):

Si no le han pagado indemnización todavía, ¿ha reclamado para obtenerla? Si NO

Contrató usted o su acompañante de viaje un seguro de equipajes con alguna otra compañía más? Si NO
(por ejemplo: el seguro de equipaje colectivo de una empresa, el seguro de otra persona, tarjeta de crédito...)

Observaciones (rellénelo en el caso de que quiera hacer alguna aclaración adicional)

IMPORTANTE: NO OLVIDE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO CUMPLIMENTADO LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO Y LAS CONSECUENCIAS ECONÓMICAS DEL MISMO.

Por este medio asumo la responsabilidad de que la información facilitada es correcta. Estoy de acuerdo con que invalidaré mi protección de seguro si facilito información incorrecta o incompleta, tanto deliberadamente como por causa de grave negligencia, incluso si esta información carece de consecuencias para la resolución del siniestro.

En a de de

FIRMA: