

# Denuncia de siniestro Seguro de Bicicletas

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa, no se deberá omitir ninguna.

## Cobertura denunciada

Robo o incendio  Daños por accidente  Responsabilidad civil  Accidentes personales

## Datos del asegurado

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Documento:  LE  LC  DNI N° \_\_\_\_\_  
Domicilio - Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ Torre: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Datos para el cobro

Calidad bajo la cual cobra:  Titular del interés asegurado  Tercero damnificado  Beneficiario designado o Heredero Legal  
Vínculo con el asegurado o tomador del seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_  
Banco / Billetera virtual: \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
CBU/CVU (adjuntar constancia): \_\_\_\_\_

## Datos de la bicicleta

\_Modelo: \_\_\_\_\_ Rodado: \_\_\_\_\_  
Tienda / Lugar de adquisición: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Factura N°: \_\_\_\_\_ Valor de compra \$ \_\_\_\_\_ Valor reclamado \$ \_\_\_\_\_

## Datos del siniestro

1. Fecha y hora de ocurrencia del siniestro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a las \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.  
2. Lugar del siniestro: Calle: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
3. Relato de lo sucedido (incluir detalle de los daños materiales, lesiones propias y/o a terceros, según corresponda): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados?  Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted siniestros anteriores por los cuales realizó denuncias a esta u otras Compañías?

Mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_ Tipo de siniestro: \_\_\_\_\_

Indemnización: \_\_\_\_\_ Motivo de rechazo: \_\_\_\_\_

### Intervención policial

Sí  No comisaría N° \_\_\_\_\_ acta N° \_\_\_\_\_ Fecha de denuncia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Intervención de bomberos

Sí  No Cuartel N° \_\_\_\_\_ acta N° \_\_\_\_\_

## Datos de Terceros afectados (En caso de corresponder)

Nombre y Apellido: ..... Documento:  LE  LC  DNI N° .....  
Domicilio - Calle: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Torre: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....  
Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Número de teléfono: .....  
Mail: ..... ¿En qué aspecto ha sido afectado?: .....

### Observaciones:

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho. La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad del Asegurador. Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.418.

**IMPORTANTE:** En un plazo de 72 hs. de ocurrido el siniestro, el Cliente deberá cumplir indefectiblemente con los siguientes requisitos:  
1. Notificar lo sucedido a la Entidad emisora, efectuando un descargo por escrito en donde debe constar un breve relato de lo acontecido, detallando principalmente los bienes afectados, el valor de reposición y el lugar y fecha de ocurrencia.  
2. Efectuar la pertinente denuncia policial y/o penal.

En caso de aprobarse el reclamo y no haber informado debidamente los valores de los bienes sustraídos, se abonarán acorde a los valores de Mercado establecidos por la Compañía

### ⚠ Documentación a presentar:

1. Formulario denuncia de Siniestros, debidamente completado.
2. Fotocopia de la denuncia policial (ampliación de denuncia, relatando como ocurrieron los hechos y detalle valorizado de los daños)
3. Documentación que acredite la preexistencia de los bienes reclamados (manuales, facturas, garantías, fotos, etc.)
4. Presupuesto que indique el origen del daño del bien siniestrado (membretado, sellado y a nombre del reclamante).
5. Fotos del hecho denunciado.
6. Cualquier otra documentación que la compañía considere necesaria.

Lugar: .....

Fecha ..... / ..... / .....

Firma y aclaración del denunciante

Enviamos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:  
Por mail: [denunciasiniestros@supervielleseguros.com](mailto:denunciasiniestros@supervielleseguros.com)  
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599  
**de lunes a viernes de 9 a 21 hs.**

