

## Denuncia de siniestro Seguro Integral de Comercio

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

Indique el N° de póliza/s afectada/s a esta denuncia: ..... Fecha de denuncia: ...../...../.....

Superficie total m2: ..... Denominación (Nombre de fantasía del comercio): .....

Rubro/ Actividad: ..... CUIT/ CUIL / CDI: .....

### Cobertura denunciada

Incendio  Robo/Hurto  Seguro técnico  Responsabilidad Civil  Rotura de Cristales  Otros: .....

#### Intervención policial

Sí  No comisaria N° ..... acta N° ..... Fecha de denuncia: ...../...../.....

#### Intervención de bomberos

Sí  No Cuartel N° ..... acta N° .....

### 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: (incluyendo lesiones propias y/o a terceros): .....

.....

.....

.....

Estimación del daño

\$

#### Detalle de los bienes afectados y/o sustraídos:

.....

.....

.....

### Datos del Asegurado

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: ..... Dejo expresa constancia que autorizo a Supervielle Seguros a enviar cualquier documentación y/o notificación con respecto a la póliza a la casilla de mail denunciada.

¿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: .....

## Datos de Terceros afectados

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?: .....

## Datos para el cobro

Calidad bajo la cual cobra:  Titular del interés asegurado  Tercero damnificado  
 Beneficiario designado o Heredero Legal  Cesionario de los derechos de la Póliza  
 Vínculo con el asegurado o tomador del seguro: .....  
 Número de cuenta  CA  CC N° .....  
 Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta: .....  
 Banco / Billetera virtual: .....  CUIT  CUIL: \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  
 CBU/CVU (adjuntar constancia): .....

### Observaciones:

En caso de cobrar la indemnización en cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria adjuntar: (I) número de expediente, (II) juzgado en el que tramita, (III) copia certificada de la sentencia y liquidación aprobada judicialmente. En caso de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza adjuntar: (I) Identificación del cesionario, (II) causa de la cesión, (III) vínculo del asegurado/tomador con el cesionario. 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:

#### En caso de incendio:

1. Formulario de Denuncia de Siniestro Seguro de Integral de Comercio.
2. Fotocopia de la denuncia policial (ampliación de denuncia, relatando como ocurrieron los hechos y detalle valorizado de los daños)
3. Fotocopia del informe de bomberos.
4. Presupuesto de reparación/reposición de los daños en hoja membretada.
5. Elementos de preexistencia de los daños (manuales, facturas, garantías, fotos, etc.)
6. Constancia de CUIT.
7. Copia de DNI.

#### En caso de robo

1. Formulario de Denuncia de Siniestro Seguro de Integral de Comercio.
2. Fotocopia de la denuncia policial (ampliación de denuncia, relatando como ocurrieron los hechos y detalle valorizado de lo sustraído).
3. Prueba de preexistencia de bienes sustraídos (factura de compras, fotos, etc.).
4. Presupuesto de compra de bienes sustraídos.
5. Constancia de CUIT
6. Fotografías del lugar por donde accedieron los ladrones y del establecimiento en Gral.
7. Presupuesto de reparación/reposición de los daños en hoja membretada.
8. Elementos de preexistencia de los objetos sustraídos (manuales, facturas, garantías, fotos, etc.)

**En caso de Rotura de Cristal:**

1. Formulario de Denuncia de Siniestro - Seguro de Integral de Comercio
2. Constancia de CUIT
3. Copia de DNI
4. Fotografías de los daños
5. Factura de la reposición del cristal.

**En caso de responsabilidad civil:**

1. Formulario de Denuncia de Siniestro - Seguro de Integral de Comercio.
2. Fotocopia de la denuncia policial.
3. Factura de gastos / presupuestos de terceros damnificados.

**En caso de Robo Valores en caja/ transito:**

1. Formulario de Denuncia de Siniestro - Seguro de Integral de Comercio.
2. Fotocopia de la denuncia policial (ampliación de denuncia relatando como ocurrieron los hechos y detalle valorizado de lo sustraído).
3. Facturación.
4. Informe Z de caja (día del hecho y día anterior).
5. Constancia de CUIT.
6. Copia de DNI

**(En todos los casos, la compañía puede enviar un asesor a su domicilio dependiendo del siniestro y la magnitud del mismo)**

Lugar: .....

Fecha    /    /   

Firma y aclaración del denunciante

Envíanos 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.**

