



**CONSORCIO DE
COMPENSACION**
• DE SEGUROS •
MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA

Riesgos Extraordinarios Hoja de Comunicación de Siniestro

SI NO Hoja de perceptores

Núm. de perceptores

Advertencias:

Esta reclamación se presentará en las oficinas del Consorcio o de la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de siete días de haber conocido el acaecimiento del siniestro.

En caso de que exista más de un perceptor no se cumplimentará el punto 3 (DATOS DEL PERCEPTOR). En este caso se rellenarán una o varias hojas de perceptores.

Los espacios en color rojo no se cumplimentarán en ningún caso por el reclamante.

1. DATOS PRESENTACION

Delegación _____ Fecha presentación _____ Número de Expediente _____ Nº. vict. _____
D D M M A A

2. DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO

DNI/NIF _____ Apellidos y Nombre _____
 Domicilio: SG _____ Vía _____ Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____
 Loc. _____ Cl. Munic. [] [] [] Provincia _____ Cl. Prov. [] []
 Código Postal _____ Teléfono _____

3 DATOS DEL PERCEPTOR

DATOS PERSONALES

DNI/NIF _____ Apellidos y Nombre/R. Soc. _____
 Domicilio: SG _____ Vía _____ Núm _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____
 Loc. _____ Cl. Munic. [] [] [] Provincia _____ Cl. Prov. [] []
 Código Postal _____ Teléfono _____

DATOS BANCARIOS

Titular _____ Núm. Cuenta _____
 Banco _____ Sucursal _____
 Domicilio Bancario: SG _____ Vía _____ Número _____
 Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____
 Cod. Banco [] [] [] [] Cod. Sucursal [] [] [] [] D.C. [] [] Núm. Cuenta [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4. DATOS DE LA POLIZA ORDINARIA

Número de Póliza _____ Fecha de emisión de Póliza D D M M A A _____ Fecha pago prima D D M M A A _____
 Clase de Póliza 1 Incendios 2 Robo 3 Cristales 4 Maquinaria
 5 Electrónica y ordenadores 6 Automóviles 7 Combinado 8 Personales
 Entidad Aseguradora _____ Clave Entidad [] [] [] []

5. DATOS DEL SINIESTRO

Fecha D D M M A A _____ Causa _____ Clave causa [] []
 Lugar y Municipio de ocurrencia _____ Cl. Munic. [] [] [] Provincia _____ Cl. Prov. [] []
 Bienes siniestrados: _____

 _____ Clave de clase de riesgo [] [] [] []

6. VALORACION DE LOS DAÑOS

INTERVALO				IMPORTE APROXIMADO
<input type="checkbox"/> 1		Hasta	100.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 2	De	100.001 a	500.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 3	De	500.001 a	1.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 4	De	1.000.001 a	3.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 5	De	3.000.001 a	5.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 6	De	5.000.001 a	10.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 7	De	10.000.001 a	25.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 8	De	25.000.001 a	50.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 9	De	50.000.001 a	100.000.000 Pts.	_____
<input type="checkbox"/> 10		Más de 100.000.000 Pts.		_____
<input type="checkbox"/>				_____
<input type="checkbox"/>				_____

7. DATOS DE LA VICTIMA (sólo en Seguro de Personas)

DNI/NIF _____ Apellidos y Nombre/R. Soc. _____
 Domicilio: SG _____ Vía _____ Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____
 Loc. _____ Cl. Munic. [][][][] Provincia _____ Cl. Prov. [][][]
 Código Postal _____ Teléfono _____

Siniestro 1 Muerte 2 Lesiones _____

OBSERVACIONES

DATOS DEL PRESENTADOR DE LA RECLAMACION

DNI/NIF _____ Apellidos y Nombre _____
 Domicilio: SG _____ Vía _____ Núm. _____
 Loc. _____ Cl. Munic. [][][][] C.Postal _____
 Provincia _____ Cl. Prov. [][][] Teléfono _____

Fecha ____ / ____ / ____
 Firma: _____