

NOTIFICACIÓN DE SINIESTRO

Asegurado: _____ Cédula / RNC: _____

Dirección: _____

Teléfonos
Residencia _____ Celular _____ Oficina _____ Email _____

Fecha Siniestro: _____ / _____ / _____

Póliza(s) No. (_____ / _____ / _____)

Vigencia: _____ Ramo: _____

Local y/o Dirección del riesgo afectado: _____

Actividad del riesgo asegurado: _____

DETALLE DE SINIESTRO OCURRIDO

Reportado Por: _____ Fecha Notificación: _____ / _____ / _____

PARA SER COMPLETADO POR MAPFRE BHD SEGUROS

Intermediario: _____

Teléfono (s): _____ Recibido por: _____

Ajustador asignado: _____

Firma Asegurado y/o Reclamante

MAPFRE BHD

OBSERVACIONES