

# ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Póliza integral del hogar “póliza hogareña”

Formulario de Siniestros

Porque es importante para nosotros y queremos ayudarlo, en caso de siniestro proceda así:

1. Comuníquese con las asesoras de **PRESENTE Agencia de Seguros** en el Fondo de Empleados a los teléfonos 604 9696.
2. Si el siniestro está cubierto por uno de los amparos del anexo de Asistencia Domiciliaria comuníquese a la línea 01 8000 911 360.
3. Notifique lo más pronto posible a la autoridad competente.
4. Diligencie totalmente este formulario y envíelo al correo **t-yvargas@grupo-exito.com**.
5. Incluya soporte de las sumas reclamadas como cotizaciones, informe técnico y/o denuncia, facturas, recibos y fotos.
6. El pago del siniestro esté sujeto a las condiciones de la póliza.

## Datos del asegurado

Nombre(s) y apellidos		Tipo de doc. de identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No. identificación	
Teléfono	Dirección		Ciudad	Departamento	
Celular	Póliza No.	Vigencia desde	DD	MM	AAAA
Correo electrónico		hasta	DD	MM	AAAA

## Datos del siniestro

Fecha del siniestro	DD	MM	AAAA	Hora	Ciudad	Departamento
Tipo de siniestro			Dirección de ocurrencia			
Describa detalladamente como ocurrió la pérdida (en adición anexar el denuncia)						

## Descripción de las pérdidas o daños a los bienes asegurados

Objeto	Marca o referencia	Precio de compra

Notifico usted del siniestro a: Policia <input type="checkbox"/> Ejercito <input type="checkbox"/> Bomberos <input type="checkbox"/> CAI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		Fecha de notificación a la autoridad: DD MM AAAA
Dirección de la autoridad notificada: _____		Tiene usted otro seguro que ampare la propiedad afectada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Compañía: _____	Póliza No: _____	Ocupa usted la edificación como: Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/>

### Declaración del asegurado

Declaro que toda información aquí mencionada es completa y exacta y que asumo total responsabilidad por su veracidad y me comprometo con la compañía a prestar toda la colaboración necesaria para la atención y estudio de este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha