

Formulario de Reclamación Unidad de Defensa del Asegurado

Información General				
Fecha de Solicitud:	Carácter con el que actúa el denunciante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Tomador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Contratante	Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva		
Ramo de la Póliza: <input type="checkbox"/> Personas <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Salud Administrada				
Información del Denunciante (Persona Natural)				
Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:		Nombre(s) y Apellido(s) del denunciante:		
RIF:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Correo electrónico (obligatorio)	Número de Póliza:	Fecha de Contratación:
Datos de Ubicación (Persona Natural)				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		Correo electrónico (obligatorio)		
Telf. (Cód.) Número:			Telf. Celular (Cód.) Número:	
Información del Denunciante: Persona Jurídica (sólo si aplica)				
Razón Social:				N° RIF:
Es Organización Sin Fines de Lucro (OSFL) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Empresa: <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública	Número de Póliza:	Fecha de Contratación:	
Datos referidos a la inscripción de la empresa en el Registro correspondiente:				
Datos del Acta que contiene la designación vigente de sus Representantes:				
Domicilio Fiscal y Datos de la Persona Jurídica				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		Correo Electrónico (obligatorio):		
Telf. (Cód.) Número:			Telf. Celular (Cód.) Número:	
Descripción y Motivo de la Denuncia (Indique el N° de Póliza y N° de Siniestro)				
(Especifique de forma clara y precisa el motivo de su denuncia, y de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento):				

Recaudos (Detalle los documentos que adjuntará para respaldar su reclamo tales como, contratos, pólizas, o cualquier otro documento que guarde relación con su denuncia):

Lugar y Fecha		Huella Dactilar del Pulgar Derecho
	Nombre y Apellido del Denunciante C.I.	Huella Dactilar del Pulgar Izquierdo

Declaro que la información y datos que he suministrado, al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o tergiversar circunstancias que puedan afectar la apreciación de los hechos, y autorizo a la Unidad de Defensa del Asegurado, a la verificación de los mismos para la evaluación de mi solicitud.

El correo electrónico proporcionado en este Formulario, es el medio electrónico válido de notificación para todos los efectos legales, considerándose eficaz toda notificación, desde el momento de su envío a la dirección suministrada. Los lapsos para el ejercicio de derechos o cumplimiento de obligaciones y requerimientos, se contarán siempre a partir del día hábil siguiente a la fecha de envío de la notificación electrónica.