

Formulario de Denuncio de Siniestro

Antecedentes del Asegurado

Nombre del Asegurado:

Cía. De Seguro:

Numero de Póliza

DNI / RUC:

Telefono:

Correo Electrónico:

Dirección:

Datos del Siniestro

Fecha de Siniestro:

Causa del Siniestro:

Describe detalladamente el Siniestro:

Notas Importantes:

- Otorgo mi expreso consentimiento y autorizo al Corredor de Seguros - Pedro Abel Chuquiwanca Aldana, para que todo tipo de notificaciones, me sea enviada a mi correo electrónico personal indicado anteriormente y/o a través de mensaje de texto al teléfono celular que dispuse. Sí No
- Asimismo, declaro que toda la información entregada es verdadera y completa. Doy consentimiento para tramitar mi solicitud, cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización. Sí No

Responsable del tratamiento de datos personales

El Corredor de Seguros - Pedro Abel Chuquiwanca Aldana, hace constar que los Datos Personales de sus Asegurados serán manejados con absoluta confidencialidad y que tanto la obtención, el uso, la divulgación, como su almacenamiento para efectos de la liquidación del siniestro, solo se realiza de acuerdo a las Normas aplicables en la materia.

Transferencia de los datos personales a terceros

De igual forma, el Corredor de Seguros - Pedro Abel Chuquiwanca Aldana, hace del conocimiento de sus Asegurados que eventualmente, y exclusivamente con el objeto de cumplir con el proceso de registro, almacenamiento y liquidación de siniestros, podrá llevar a cabo la transferencia de algunos de sus Datos Personales a terceras partes, las que incluso podrían encontrarse en el extranjero, como pueden ser, de manera enunciativa, proveedores, prestadores de servicios o empresas relacionadas; transferencia que será realizada con las debidas medidas de seguridad, de conformidad con los principios contenidos en la Ley vigente.

Consentimiento del Asegurado

El Asegurado y/o beneficiario que suscribe hace constar que conoce y entiende en su totalidad el contenido, los fines y alcances del Tratamiento de sus Datos Personales, por lo que otorga su total consentimiento expreso para que el Corredor de Seguros lleve a cabo dicho Tratamiento incluyendo, en su caso, la divulgación de sus Datos Personales en los términos indicados anteriormente.

Solicitante

Fecha

Nombres y Apellidos:

Firma

Recepción Compañía de Seguros

Fecha

Nombres y Apellidos:

Firma
