

**Denuncia**
**Reclamo**
**Queja**
**Asesoría**
**Datos de la Empresa**

Nombre:

Fecha:

**Datos del Denunciante**

Cedula/Rif:

Teléfono:

Correo electrónico:

Sexo:

M

F

Dirección:

N° Póliza

Vigencia de la póliza

N° De Siniestro

Desde:

Hasta:

**Datos de la Denuncia, Reclamo, Queja o Asesoría**

Fecha del Evento:

Tipo de reclamo:

Salud

Vehículo

Patrimoniales

**Declaración y Narración de Hechos**
**Quien hace la denuncia:**
**Tomador**
**Asegurado**
**Beneficiario**

Yo, \_\_\_\_\_ **DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO**, que la información suministrada en esta notificación es exacta y autorizo a Seguros Los Andes C.A a solicitar cualquier otra información adicional que la empresa de Seguros estime conveniente solicitar.

**Gratuidad del Trámite :** La recepción, atención y trámite de las denuncias, reclamos o quejas, son estrictamente gratuitas, sin que se pueda solicitar contraprestación alguna por tal concepto.


 \_\_\_\_\_  
 Firma del Tomador / Asegurado /  
 Beneficiario

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Defensor del  
 Asegurado

 Huella dactilar  
 Pulgar derecho



Compañía Anónima inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora - Bajo el Nro ES-44.  
Rif - J-07001737-6. Domicilio Fiscal: Av. las Pilas Edif. Seguros Los Andes Urb. Santa Inés San Cristóbal Tachira

### **Del contenido formal de la DENUNCIA**

1. Nombre completo, correo electrónico, dirección de habitación y número de cédula de identidad y número de teléfono del denunciante;
2. Identificación de la persona o sujeto regulado contra la cual se interpone la denuncia, indicando número de póliza y fecha de contratación;
3. La dirección del lugar donde se harán las notificaciones pertinentes;
4. Resumen o narración de los hechos. (Exposición concisa y precisa de los hechos).