

Datos del beneficiario

fecha de denuncia

Apellido y Nombres

DOCUMENTO Tipo | | N° | |

domicilio particular

Calle | | N° | | Piso | | Depto./ofic. | |

Localidad | | Cód. Postal | | Provincia | |

teléfonos

n° | |

e-Mail | |

Datos del contrato de póliza

Apellido y Nombres del Asegurado

Póliza N°

Certificado N°

Datos de la Sucursal

Indique los datos de la sucursal donde desea recibir el cheque correspondiente al pago del siniestro denunciado. Si desea conocer todas nuestras sucursales, ingrese a: "www.bbvasseguros.com.ar"

Solicito que en el caso de corresponderme el pago del siniestro denunciado de acuerdo con las condiciones del contrato de

Póliza N° | | sea enviado el cheque a mi nombre

a vuestra sucursal: | | n° | |,

situada en: | |

BBVA Consolidar
Seguros S.A.
San Martín 344 - 3° Piso
C1004AAH
Ciudad Autónoma
de Buenos Aires
Argentina

Tel. 0800 999 4100

Fax (011) 4348 1452

aclaración

tipo y n° de documentos

firma