ACE Seguros S.A.
Avda. Leandro N. Além 855, 19° Piso
Buenos Aires
C.P.: C1001AAD

Tel.: 54-11-4114-4000
Fax: 54-11-4114-4001

ace seguros

FORMULARIO DE DENUNCIA – TRANSPORTES – TRANSITO INTERNO

Sección:

Póliza:

Asegurado:

Identificación del riesgo (medio transportador):

Lugar de ocurrencia del evento:

Fecha de ocurrencia:

Descripción de los hechos:

Contacto:

Teléfonos:

Nota: todos los datos requeridos hasta aquí son de carácter mínimo y obligatorio para poder atender el reclamo por parte de la Cía.

Observaciones y comentarios:

Documentación adjunta:

- ✓ **Relato del chofer de la unidad transportadora detallando lo sucedido**
- ✓ **Denuncia policial por parte del chofer de la unidad transportadora**
- ✓ **Factura/s Comercial/es correspondientes al tránsito afectado**
- ✓ **Nota/s de Crédito anulando la/s factura/s comercial/es (para Robo)**
- ✓ **Copia de el/los remito/s y/o guía/s de transporte**
- ✓ **Copia de la carta de porte, hoja de ruta y/o guía de carga**
- ✓ **Carta Reclamo al transportista**
- ✓ **Original contestación de la misma**
- ✓ **Detalle del valor de la mercadería dañada (definir si es Costo o Venta sin IVA)**
- ✓ **Breve informe sobre el potencial de recupero de la mercadería dañada**
- ✓ **Fotos de la mercadería en el lugar de los hechos y/o en el lugar de recepción de la mercadería luego de su recolección.**
- ✓ **Croquis del accidente.**
- ✓ **Otros:**

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Lugar y Fecha Firma Aclaración y N° de documento

La Recepción del presente formulario no implica aceptación del contenido.
La compañía se reserva el derecho a solicitar mayor documentación.