

**FORMULARIO DE DENUNCIA  
UNIDAD DE DEFENSA DEL ASEGURADO**

CODIGO: FO-DEF-01	
VIGENCIA	N.º REVISIÓN
27/11/2025	2
PAGINA: 1 / 2	

INFORMACIÓN GENERAL			
(Carácter con el que actúa el denunciante)			
<input type="checkbox"/> Tomador <input checked="" type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Otro			
(Área de seguro donde realizará la denuncia)			
<input type="checkbox"/> Personas <input checked="" type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Patrimoniales <input type="checkbox"/> Fondo administrado			
(Tipo de póliza)			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Flota			
INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE			
(Nombres y/o Razón Social) <b>Nombres:</b>		(Primer y segundo apellido) <b>Apellidos:</b>	
(Cédula de Identidad o Número de Registro de Información Fiscal si es empresa) <b>C.I./Rif:</b>		(Femenino / Masculino) <b>Sexo:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
(Dirección de correo electrónico) <b>e-mail</b>		(Números del Beneficiario) <b>Teléfono:</b>	(Número de celular) <b>Celular:</b>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA U OFICINA			
(Estado / Localidad) <b>Estado:</b>		(Ciudad en la que reside) <b>Ciudad:</b>	(Municipio / Localidad) <b>Municipio:</b>
<b>Parroquia:</b>		<b>Urbanización/Sector/Barrio:</b>	<b>Calle/Avenida:</b>
<b>Edif./Casa/Quinta/Torre:</b>		<b>Apto./Local/Ofic.:</b>	<b>Piso/Nivel:</b>
(Aplica para persona jurídica) <b>Inscripción de la empresa en el registro correspondiente:</b>			
(Aplica para persona jurídica) <b>Datos del Acta que contiene la designación vigente de sus representantes:</b>			
DATOS DE LA PÓLIZA			
(Producto-Número póliza-certificado) <b>Póliza:</b>		(Fecha de contratación Desde - Hasta) <b>Vigencia:</b>	(Producto-Número de siniestro-certificado) <b>Nro. De siniestro:</b>
DOCUMENTOS CONSIGNADOS			
<input type="checkbox"/> Contratos	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Informes médicos	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Pólizas	<input type="checkbox"/> Presupuestos	<input type="checkbox"/> Estudios médicos	
<input type="checkbox"/> Anexos de la póliza	<input type="checkbox"/> Soportes de pago	<input type="checkbox"/> Récipe / indicaciones	
Otros, especifique:			
DATOS DE LA DENUNCIA			
(dd/mm/aaaa)			
<b>Fecha del evento a denunciar:</b> ____ / ____ / ____			
DIRECCIÓN DONDE RESIDE LA DENUNCIA			
(Estado / Localidad) <b>Estado:</b>		(Estado / Localidad) <b>Estado:</b>	
<b>Parroquia:</b>		<b>Parroquia:</b>	
<b>Edif./Casa/Quinta/Torre:</b>		<b>Edif./Casa/Quinta/Torre:</b>	
TIPO DE PERSONA (si aplica)			
<b>Organización Sin Fines de Lucro</b>	<b>Organismo No Gubernamental</b>	<b>Persona Políticamente Expuesta</b>	<b>Actividad Financiera No Designada</b>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

(Exposición de forma clara y precisa del motivo de la denuncia)

**NARRACIÓN DE LOS HECHOS**

**Declaración del Asegurado:**

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_ declaro la veracidad de la información y documentos suministrados, sean éstos en formato digital o entregados de forma impresa, y autorizo a la Unidad de Defensa del asegurado de Seguros Caroní, S.A., a validar y solicitar cualquier otra información adicional que estime conveniente. En caso de probarse la falta de autenticidad y veracidad de cualquiera de los soportes suministrados, asumo la responsabilidad sobre las acciones legales que de ello derive.

Asimismo, declaro que el correo electrónico proporcionado en este formulario, es el medio electrónico válido de notificación para todos los efectos legales, los lapsos para el ejercicio de derechos o cumplimiento de obligaciones y requerimientos; los cuales se contarán siempre a partir del día hábil siguiente a la fecha de envío de la notificación electrónica.

\_\_\_\_\_  
Firma y huella del Denunciante

<b>Lugar y Fecha de la denuncia:</b>	<b>Firma y cédula de identidad del Denunciante</b>	<b>Huella del Denunciante</b>
<b>Lugar y Fecha de recibido de la denuncia:</b>	<b>Firma Del Defensor del asegurado o persona autorizada</b>	<b>Sello de la empresa</b>