

Llamada entrante inicial (Call Center)

País desde donde se realiza la llamada	
Tipo de incidente	¿Se sospecha de algún impacto relacionado con información personal identificable o con datos sensibles? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre de contacto (departamento al que pertenece)	
Número de Póliza	
Nombre de la compañía asegurada	
E-Mail de contacto	
Localidad	
Teléfono	
Fecha de contacto (día, mes, año y hora)	
Descripción de siniestro	