**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 NO |
| 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 |  |