

Formulario de Denuncia de Siniestro

Seguro de Responsabilidad Militar Profesional

Datos del Asegurado /Beneficiario

Apellido y Nombres: _____
 DNI/CUIL: _____ Edad: _____
 Matricula SMSV: _____
 Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
 C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____
 Correo electrónico: _____
 Domicilio laboral: Calle N°: _____ Localidad: _____

Datos del Siniestro

Fecha del Hecho: ___/___/____ Horario: __:___ Lugar del siniestro: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____

Descripción y circunstancias en que ocurrió:

RECLAMOS

¿Recibió algún tipo de reclamo?	Si	No
Fecha de recepción del reclamo:	Si	No
¿Recibió usted citación policial?	Si	No
¿Recibió usted cedula de notificación judicial?	Si	No
¿Usted posee otro seguro vigente de responsabilidad civil?	Si	No

Declaro bajo juramento que Si / No (tachar lo que no corresponda) tengo contratado otra póliza de responsabilidad civil profesional

Remitir copia según corresponda la compañía de:

- Reclamo – Intimación- Carta- Escrito- Proceso- Notificación- Citación Judicial- Toda documentación relacionada con el reclamo en poder del Beneficiario.

ESTA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL ORIGINAL DE LA DOCUMENTACIÓN DENUNCIADA.

_____ LUGAR FECHA ___/___/____	_____ FIRMA	_____ ACLARACIÓN
--	----------------	---------------------