

Formulario de Denuncia de Siniestro

Póliza Nro.: 275391

Certificado Nro.:

Importante: Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros y la Póliza contratada, el Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 30 días de conocerlo. El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad, ni celebrar transacción alguna, sin anuencia del Asegurador.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido:

DNI:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Tel.

Correo electrónico:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del instrumento atacado:

Fecha de recepción del reclamo:

Objeto del reclamo:

Relato de lo sucedido: _____

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR

Acompañar toda la documentación que podría estar vinculada con el Acto Culposos (v.gr. intercambio de correos con cliente, presupuestos, instrucciones recibidas, denuncia policial, etc.), como así la relacionada al reclamo (v.gr. Carta documento, Notificación de Mediación, Cédula Judicial, correo electrónico, etc)

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

Firma y aclaración

Fecha:

Enviar a
rcescribanos@smartseguros.com.ar
Atención telefónica: +54 1139450522

Cobertura de honorarios legales

Por medio de la presente, deixo constancia de que he sido informado/a de que, en el marco de la denuncia de siniestro presentada, la defensa legal será asumida por el Estudio Jurídico López Saavedra, designado por la aseguradora Galicia, sin costo para el asegurado y dentro de los límites establecidos en la póliza contratada.

Asimismo, se me ha informado que, en caso de optar por un abogado particular, los honorarios y gastos que ello genere no estarán cubiertos por dicha póliza, siendo mi responsabilidad su pago y la estrategia de defensa presentada.

Firma y aclaración: _____

DNI: _____

Fecha: _____