

F-GO-SIG-05 REV02 06.2024



COMPañÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. Marcelo. T. de Alvear 328 - Siniestros Grales. - Tels.: (0351) 426-8857 / 68 / 85
X5000KGS - Córdoba.
Teléfonos de Atención al Cliente: 0800-444-4445 0810-222-3535
Buenos Aires 324 - Siniestros Grales. - Tel.: (0387) 426-7800 - A4402FDH, Salta.
CUIT.: 30-51830942-7 IVA RESP. INSCRIPTO
ING. BRUTOS (CM): 904-230291-7
DOMIC. FISCAL: Marcelo T. de Alvear 328 - Córdoba C.P. X5000KGS

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS
DENUNCIA DEL HECHO GENERADOR

DATOS IDENTIFICATORIOS		Siniestro Nº		Póliza Nº		Agencia Nº:			
Nombre y apellido completo / Razón social / Organismo público:									
Tipo de Documento:		Número:		CUIT-CUIL-CDI:		Tipo de IVA:		Actividad principal:	
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Estado civil:		Nacionalidad:		Lugar de nacimiento:	
Domicilio real / Legal – Calle y Nº:									
Barrio:		Localidad:		Provincia:		CP:			
Correo electrónico:				Teléfono: ()					
DETALLE DEL SINIESTRO (Completar sin omitir contestación alguna)									
DATOS DEL PERJUDICADO		Nombre y apellido completo:							
Tipo de Documento:		Número:		CUIT-CUIL-CDI:		Actividad principal:			
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Estado civil:		Nacionalidad		Lugar de nacimiento:	
Domicilio real / Legal – Calle y Nº:									
Barrio:		Localidad:		Provincia:		CP:			
Correo electrónico:				Teléfono: ()					
CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL ACCIDENTE		Fecha:			Hora:				
Lugar:									
Describir detalladamente como ocurrió el hecho:									
¿Existe alguna relación (contractual u otra) entre el asegurado y el perjudicado? SI [] ¿Cuál? NO []									
¿Quién es el presunto responsable del daño a juicio del asegurado?:									
¿Existe relacion (contractual u otra) entre el presunto responsable del daño y el asegurado? SI [] ¿Cuál? NO []									
Cree que el hecho generador se debe a: Terceras personas [] Al damnificado [] (Indicar la razón)									
Cree que el daño fue causado por: ¿Exigencias del trabajo? [] ¿En forma imprevista? [] ¿Independientemente de la voluntad de quien lo ha causado? []									
¿Qué medidas se han tomado para evitar otros daños de la misma índole?:									
En caso de lesiones, ¿Quién atiende la curación?:									
¿Han intervenido los representantes de la autoridad? SI [] NO []			¿Se ha levantado algun sumario? SI [] NO []			¿En que comisaria?:			
Observaciones del asegurado:									
¿Ha sido formulada reclamación? SI [] NO []			Importe:						
Testigo Nº1 - Apellido y nombre:				Sección Policial:					
Domicilio:				Telefono: ()					
Testigo Nº 2 - Apellido y nombre:				Sección Policial:					
Domicilio:				Telefono: ()					

Afirmo que las contestaciones que anteceden han sido contestadas a mi real saber y entender.

El Asegurado debe notificar a la Compañía inmediatamente y a más tardar dentro de los 3 (tres) días, los reclamos que se hagan vales contra él, basados en la responsabilidad civil cubierta por la póliza. El hecho y las circunstancias que los acompañen deben ser constatados por las Autoridades Judiciales o Administrativas competentes, cuando la intervención de dichas Autoridades corresponda. En caso de demanda judicial contra el Asegurado, éste deberá dar aviso a la Compañía a más tardar el día siguiente hábil de la notificación de la misma, acompañando en esta oportunidad todos los documentos que reciba en dicho acto, como asimismo una relación de los hechos que tengan interés para la defensa en juicio (ver Cláusula 5 de las Condiciones Generales).

NOTA: Si los espacios previstos en este formulario fueran insuficientes para consignar las informaciones o para expresar las aclaraciones que el contratante estime necesarias, agregarlas en otra hoja, mencionando el o los puntos correspondientes, la que fechada y firmada formará parte de esta Denuncia.

Lugar y fecha

Firma y aclaración del Asegurado

Certifico que la firma que antecede fue puesta en mi presencia

Firma del productor / responsable de la cía.