

FORMULARIO DE RECLAMACION RC PROFESIONAL
(CLAIM FORM)

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro, como asegurado y/o tomador debe usted comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. Asimismo, debe facilitar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. Responda por favor a las preguntas que se le plantean en el presente formulario para declaración de siniestro.

According to article 16 of the Insurance Contract Act, it is your duty as Insured and/or Policyholder, to notify the loss to the Insurer within seven days of being aware of it. Furthermore, you must provide the Insurer with complete information about the circumstances and consequences of the loss. Please provide answers to the queries included in this form.

Por favor, indique en primer lugar el motivo de la comunicación de siniestro:
(Please, indicate below the reason for this notification)

Ad cautelam Formalmente no existe reclamación contra usted pero sí un hecho del que puede generarse *(No claim has been made but there are circumstances that could be the reason of a claim)*

Escrito o carta de reclamación frente al asegurado *(Letter of claim notified to the Insured)*

Procedimiento judicial contra el asegurado *(Judicial proceedings against the Insured)*

Indique la fecha en que ha tenido conocimiento de la actual notificación:
(Please inform of the date when you were aware of this notification)

Aclare si se trata de la primera comunicación sobre este asunto:
(Please inform if this is the first notification regarding this matter)

Sí / Yes

No

Si ha habido alguna comunicación anterior, indique por favor a continuación fecha y datos de la/s misma/s. *(If you had received other notification/s previously, please inform of the date and details below).*

FORMULARIO DE RECLAMACION RC PROFESIONAL
(CLAIM FORM)

A continuación, indique los datos relativos al seguro y las circunstancias del siniestro: *(Please indicate below the details about the policy and the circumstances of the loss)*

1.- DATOS DE LA PÓLIZA (Policy details)

No. De Póliza:
(Policy number)

Fecha Efecto:
(Inception date)

F. Vencimiento:
(Expiry date)

Retroactividad:
(Retroactivity)

Actividad asegurada *(Insured activity)*:

Capital asegurado
(Sum Insured): EUR

Franquicia
*(Deductible)*EUR

2.- DATOS DEL ASEGURADO (INSURED)

Nombre y apellidos *(Name)*:

Dirección:
(Address)

Población

C.P.
(postcode)

Tlf móvil
(movil tel)

Email:

3.- DATOS DEL RECLAMANTE (Claimant)

Nombre completo:
(Name)

Dirección:
(Address)

Población

C.P.
(postcode)

Tlf móvil
(movil tel)

Email:

4.- OTRAS PARTES INTERVINIENTES (Other parts involved)

| | NOMBRE/RAZON SOCIAL: <i>(Name)</i> | EMAIL <i>(Email)</i> | TELÉFONO <i>(Phone Nº)</i> | ASEGURADORA DE SU RC <i>(Insurance Company)</i> |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|--|
| PROMOTOR: <i>(Promoter)</i> | | | | |
| CONSTRUCTOR: <i>(Builder)</i> | | | | |
| ARQUITECTO: <i>(Architect)</i> | | | | |
| APAREJADOR <i>(Tech Architect)</i> | | | | |
| OTROS <i>(Others)</i> | | | | |

FORMULARIO DE RECLAMACION RC PROFESIONAL
(CLAIM FORM)

5.- DATOS DE LA RECLAMACIÓN (Details of the claim)

i) Por favor indique una descripción y explicación de la reclamación que ha recibido *(Please, provide a description and explanation of the facts of the claim)*

ii) ¿En qué fecha o periodo tuvo lugar su intervención profesional?*(please indicate the date or period of your professional service in this case).*

iii) *Por favor, indique la fecha en que tuvo conocimiento por primera vez del daño/error (When were you first aware of the damage/ mistake)*

iv) *¿Qué indemnización se reclama? Si no se cuantifica, facilite una estimación aproximada de los daños.(What amount is being claimed. If the claim is not quantified, please provide an estimation of the damages)* EUR

v) *Hay posibilidad de subsanación del error? (Can the error be restified?)* Si/Yes
No

6.- VERSIÓN ASEGURADO (Insured's comments)

Facilite comentarios complementarios y su propia versión de los hechos *(Provide additional comments and your own version of the facts)*

FORMULARIO DE RECLAMACION RC PROFESIONAL
(CLAIM FORM)

7.- DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN TODA DECLARACIÓN DE SINIESTRO:

Para el adecuado y completo trámite del siniestro, así como para simplificar y agilizar el mismo, es importante que, junto con la declaración de siniestro, se aporte toda la información y documentación relativa al siniestro. La documentación básica es la siguiente:

1. Copia completa de la reclamación o demanda (si la hubiera) con toda la documentación adjunta que, en su caso, la acompañe, indicando la fecha exacta en que le fue notificada. Le recordamos la necesidad de remitir toda la documentación a la mayor brevedad a fin de evitar preclusión de plazos y acciones.
2. Todas las comunicaciones entre el asegurado y el reclamante, o con terceros en relación con el siniestro.
3. Documentación propia del siniestro en la que se constaten las circunstancias del mismo y su intervención profesional y/o de la posible responsabilidad de un tercero.
4. Copia firmada de la póliza. Si hubiera pólizas anteriores con la misma compañía, copia también de aquéllas.
5. Confirmación y justificante del pago de la prima.

Es importante que con cada comunicación de siniestro se aporte esta documentación debidamente identificada y relacionada, además de cualquier otra de la que disponga el asegurado relativa a los hechos y circunstancias del siniestro.

A la vista de los hechos y documentación anterior, si del estudio del asunto derivara la necesidad de alguna otra documentación adicional por las circunstancias particulares del siniestro, se le requeriría posteriormente.

Declaro que todos los datos e informaciones indicadas en este formulario son ciertos y ningún hecho o afirmación ha sido omitido, alterado, suprimido, ni desvirtuado (I / We declare that the particulars given on this form are true and complete, and that no facts were omitted, modified or changed).

En _____ a _____ de _____ de 202

Firma del asegurado
(Insured's signature)