SWISS MEDICAL SEGUROS

Reclamos de Terceros

Propietario de vehículo dañado:		
Domicilio:	Localidad:	Tel.:
Conductor en el momento del accidente:		
Registro N°:	Municipalidad:	
Marca del vehículo:	Tipo:	Modelo:
Dominio N°:	Asegurado en:	
Tipo de seguro:	Póliza N°:	Franquicia:
Lugar del accidente:	Fecha:	
Daños que reclama:		
	Importe aprox:	
Se puede inspeccionar en:		
Comisaría que intervino:	Acta N°:	
Propietario de vehículo asegurado en Swiss Medical Seguros:		
Conductor en el momento del accidente:		
Marca del vehículo:	Tipo:	Dominio:

Descripción del accidente

N

O E

S

Firma del Reclamante

Documento Tipo y Número

Importante

La aceptación por parte de SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. del presente reclamo escrito y la inspección ocular de los daños sufridos por el vehículo del reclamante no constituye en modo alguno la aceptación de la responsabilidad.
El reclamante reconoce que todos los datos volcados en el presente formulario son auténticos, revistiendo el carácter de declaración jurada.
La documentación entregada, no se devuelve en ningún concepto. (Art. 17)