



## POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ARQUITECTOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

(CONOCIMIENTO DE HECHOS QUE PUDIERAN DAR ORIGEN A UN RECLAMO DE TERCEROS Y/O DE CLIENTES)

### DATOS DEL ASEGURADO:

APELLIDO Y NOMBRE:.....  
NUMERO DE POLIZA.....  
DOMICILIO PROFESIONAL:..... DOMICILIO CORRESPONDENCIA:.....  
CODIGO POSTAL..... LOCALIDAD:..... MATRICULA:..... DELEGACION:.....  
ESPECIALIDAD:.....  
TELEFONO:..... FAX:..... E-MAIL:.....

**Descripción de hechos y de los daños que pudieran dar o que hayan dado origen a un reclamo de terceros y/o de clientes contra el asegurado:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Tipo de Servicio Profesional que se estaba prestando y descripción del acto u omisión que pudiera imputársele al Asegurado en caso de ocurrir un reclamo futuro:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Lugar y Fecha donde ocurrió el hecho:**

.....  
.....  
.....

**Datos de posibles reclamantes (nombre, apellido, dirección, teléfono, etc.):**

.....  
.....  
.....  
.....

**EN CASO DE EXISTIR RECLAMO INDICAR FECHA Y FORMAS DE CONOCIMIENTO DEL RECLAMO / NOTIFICACION:**

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento del Reclamo: .../.../....



**Forma en que el Asegurado tomó conocimiento del Reclamo:**

- CARTA DOCUMENTO
- TELEGRAMA
- CEDULA DE NOTIFICACION
- EXHORTO
- OTRA FORMA DETALLAR.....

**MEDIACIÓN:**

FECHA Y HORA DE AUDIENCIA: DIA:...../...../..... .....HS.  
DOMICILIO DONDE SE CELEBRARA LA AUDIENCIA: .....  
MONTO DEL RECLAMO:  
DATOS DEL MEDIADOR:

**DATOS DEL RECLAMANTE:**

APELLIDO Y NOMBRE:.....  
DNI..... DOMICILIO.....  
CODIGO POSTAL..... LOCALIDAD:.....  
TELEFONO:..... FAX:..... E-MAIL:.....  
OBSERVACIONES:.....

**DEMANDADAS JUDICIALES**

JUZGADO INTERVINIENTE:.....  
NUMERO:..... DOMICILIO:..... A CARGO:.....  
CARATULA DEL EXPEDIENTE: .....

**DATOS DEL RECLAMANTE:**

APELLIDO Y NOMBRE:.....  
DNI..... DOMICILIO.....  
CODIGO POSTAL..... LOCALIDAD:.....  
TELEFONO:..... FAX:..... E-MAIL:.....  
OBSERVACIONES:.....

Nota: Cuando la Cía. Aseguradora fuera citada en garantía y ésta declinara responsabilidad por tratarse de hechos no cubiertos por la Póliza, y/o acaecidos antes del período de retroactividad, los costos de defensa a cargo de la aseguradora deberán ser asumidos enteramente por el asegurado.

FIRMA DEL ASEGURADO .....

SELLO o ACLARACION.....

FECHA.....