

**Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**

Póliza Núm.: \_\_\_\_\_

## Datos generales del siniestro:

Fecha / / Hora: Lugar:

Fecha de recepción de la primera reclamación del tercer perjudicado:

Tel. de contacto del Asegurado: Telf. de contacto para la realización del peritaje *(si procede)*:

¿Tiene el Asegurado otras pólizas con cobertura de Responsabilidad Civil?  Sí  No

En caso afirmativo, indicar la Compañía aseguradora y el número de póliza:

**Perjudicado/s** *(en caso de existir daños personales, detallar en el apartado correspondiente a daños a personas)*

### Perjudicado 1:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

### Perjudicado 2:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

## Descripción de causas y circunstancias del siniestro:

Descripción de lo sucedido en el siniestro

¿Cuál ha sido el hecho concreto que ha causado la ocurrencia del siniestro?

## Testigo de lo ocurrido

### Testigo 1:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

### Testigo 2:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

¿Qué otras **Empresas / Entidades** intervenían en el lugar del siniestro cuando este ocurrió?:

### Empresa 1:

Persona de contacto:

Dirección:

Teléfono:

### Empresa 2:

Persona de contacto:

Dirección:

Teléfono:

¿Qué relación contractual tenían con el Asegurado las empresas que intervenían en el lugar del siniestro cuando este ocurrió?

*(facilitar copia de los contratos):*

A juicio del Asegurado, ¿a quién se debería atribuir la responsabilidad del siniestro?

Se podría considerar que hay más de un causante del siniestro?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿quién más podría ser considerado como causante del siniestro?

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio: Teléfono:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio: Teléfono:

### Descripción de los daños / perjuicios:

Descripción de los **daños materiales**:

Valoración aproximada:

Fecha y lugar en que pueden peritarse los daños:

¿Existen otros seguros de daños a las cosas sobre los mismos bienes?  Sí  No

En caso afirmativo, indicar la Compañía Aseguradora y el número de póliza:

Descripción de los **daños a personas**:

**Victima 1:**  Lesionado  Fallecido

Nombre y apellidos: Edad:

Estado civil: Nombre del cónyuge: Núm. de hijos y edades:

Domicilio: Teléfono:

Empresa: Teléfono:

Tipo de lesiones: Centro Sanitario en el que se halla ingresado:

¿Es empleado de la empresa asegurada?  Sí  No *(facilitar copia del TC2 o del contrato de trabajo)*

¿Es subcontratista de la empresa asegurada?  Sí  No

**Victima 2:**  Lesionado  Fallecido

Nombre y apellidos: Edad:

Estado civil: Nombre del cónyuge: Núm. de hijos y edades:

Domicilio: Teléfono:

Empresa: Teléfono:

Tipo de lesiones: Centro Sanitario en el que se halla ingresado:

¿Es empleado de la empresa asegurada?  Sí  No *(facilitar copia del TC2 o del contrato de trabajo)*

¿Es subcontratista de la empresa asegurada?  Sí  No

Descripción de los **perjuicios económicos**:

Valoración aproximada:

Fecha y lugar en que pueden peritarse los perjuicios económicos:

### Otros datos de interés:

¿Existen diligencias judiciales abiertas por este siniestro?  Sí  No

En caso afirmativo ¿en qué juzgado o localidad se han iniciado las diligencias?

¿Qué tipo de informes oficiales existen sobre lo sucedido? *(adjuntar copia de los informes disponibles)*

Atestado policial:  Sí  No

Informe de la Inspección de Trabajo:  Sí  No

Parte médico de asistencia:  Sí  No

Informe de otra autoridad competente:  Sí  No

Otro tipo de informe oficial (especificar)

Señas de la representación letrada del tercer/os perjudicado/s:

Otras circunstancias de relieve que puedan afectar al siniestro:

El Asegurado / Mediador debe acompañar a la presente declaración de siniestro toda la documentación propia, del reclamante, del tercer perjudicado y/o de organismos oficiales de que disponga, al tiempo que debe facilitar a la Compañía Aseguradora todas las informaciones complementarias y de interés que puedan tener trascendencia en la tramitación del expediente de siniestro.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*El Asegurado / Mediador*