

Fecha: Lugar:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario, la Institución no queda obligada a admitir la procedencia de la reclamación, ni renunciar a los derechos que se reserva conforme las cláusulas de la Póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras y enmendaduras. No se aceptan cambios posteriores sobre lo declarado.
5. La información descrita en el presente formato, por parte del Titular, Asegurado o Beneficiario de la cobertura afectada, debe ser proporcionada en forma veraz y oportuna.
6. Las obligaciones de la Compañía quedarán extintas, si el Titular, Asegurado o Beneficiario de la cobertura afectada, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir las obligaciones del Contrato de Seguro. Cualquier modificación a lo originalmente declarado, será considerada como una inexacta declaración.

Datos Generales

No. de Póliza	Nombre del Asegurado		
Teléfono	Correo electrónico		
Nombre del Agente	Nombre del Ajustador		
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
	RFC		
Domicilio Calle	No. exterior	No. interior	
Colonia	Delegación/Municipio	Estado	CP

Datos del Siniestro

Fecha y hora Siniestro	___ / ___ / ___	___ : ___ _M	No. de Siniestro
Lugar del Siniestro:			
Contacto de la persona que reporta:			
Descripción de lo ocurrido y causa del Siniestro: (Circunstancias de modo, tiempo y lugar):			

Monto estimado del
Daño \$:

Cobertura afectada por el
Siniestro:

Bienes afectados por el
Siniestro:

Señalar si existen testigos
de lo ocurrido:

Datos
adicionales:

En los términos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro que la información asentada en la presente, es verídica y que estoy consciente que la inexacta o falsa declaración de la misma, facultará a la empresa con la que tengo celebrado el contrato de seguro para considerarlo rescindido de pleno derecho, sin perjuicio de las acciones que procedan.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Berkley International Seguros México, S.A. de C.V., por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Nombre y Firma del Asegurado

Lugar y Fecha