DENUNCIA DE SINIESTRO DE CAUCIÓN

IAPSER SEGUROS

Lugar y fecha: _____

Denuncia de Siniestro Caución N° 13/ _____ Póliza de Caución Nº: _____

1. DATOS DEL DENUNCIANTE

Nombre o Razón Social:	DNI / CUIT:
Domicilio real:	Domicilio legal constituido:
Correo electrónico:	Teléfono:

Carácter: ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Representante Legal

2. DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°:

Vigencia de la póliza:

Tomador:

Asegurado / Beneficiario:

N° de contrato:

Objeto de la caución:

- ☐ Garantía de mantenimiento de oferta
- ☐ Garantía de cumplimiento / ejecución de contrato
- ☐ Garantía por anticipo financiero
- ☐ Garantía por acopio de materiales
- ☐ Sustitución de fondo de reparo
- ☐ Garantía de alquiler
- ☐ Garantía de suministro de bienes
- ☐ Garantía de prestación de servicios
- ☐ Garantía aduanera / comercio exterior
- ☐ Garantía de concesión
- ☐ Otros: _____

3. DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO

El Tomador ha incurrido en el siguiente incumplimiento contractual:

Fecha en que se produjo o tomó conocimiento del incumplimiento: ___ / ___ / _____

Se deja constancia de que el incumplimiento denunciado se encuentra vigente y no ha sido subsanado a la fecha de la presente denuncia.

4. INTIMACIÓN PREVIA AL TOMADOR

- Se intimó al Tomador: ☐ SÍ ☐ NO
- Medio utilizado: _____
- Fecha: ___ / ___ / _____
- Resultado: _____

5. MONTO RECLAMADO

Se reclama la suma de: $_____ o el monto que resulte acreditado conforme la documentación acompañada y los términos de la póliza.

6. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Se acompaña la siguiente documentación respaldatoria:

- ☐ Copia de la póliza de caución.
- ☐ Copia del contrato garantizado.
- ☐ Acta, resolución o instrumento que acredita el incumplimiento.
- ☐ Intimación cursada al Tomador.
- ☐ Liquidación de daños o perjuicios reclamados.
- ☐ Constancias de recepción o avance de obra/servicio.
- ☐ Otra documentación: _____

7. SOLICITUD

En virtud de lo expuesto, se solicita la EJECUCIÓN DE LA PÓLIZA DE CAUCIÓN, requiriéndose el pago de la suma asegurada conforme a los términos y condiciones contractuales.

_____

Firma y aclaración del denunciante (carácter invocado)

F: DSC - 07 2026

Instituto Autárquico Provincial del Seguro
SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Nº de insc. en SSN 0254