



Sección

Póliza N°

Capital Asegurado

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres y/o Razón social

Calle

Piso

Dpto.

C.P.

Localidad

Provincia

Tel/Fax

Lugar de Nacimiento

Fecha Nac.:

Doc. Tipo DNI/LE/LC N°

C.U.I.T. N°

Ing. Brutos

Conv. Multilateral SI ☐ NO ☐

Exhibe comprobante de pago de Aportes Previsionales SI ☐ NO ☐ Última fecha de pago

Condiciones de IVA: Resp. Inscripto ☐ Resp. No Inscripto ☐ Exento ☐ Cons. Final ☐ Monotributo ☐ Sujeto no categorizado ☐

DATOS DEL SINIESTRO

Ubicación del Riesgo afectado

Fecha y Hora del Siniestro

Forma en que ocurrió y causa en que se atribuye

Si hubo intervención policial, indicar Comisaría

Detalle de daños ocasionales y montos probables

Si otras Compañías cubren el mismo riesgo, indíquelas a continuación

N° de Póliza	Compañía	Capital Asegurado
N° de Póliza	Compañía	Capital Asegurado
N° de Póliza	Compañía	Capital Asegurado
N° de Póliza	Compañía	Capital Asegurado
Lugar y fecha		

Firma del asegurado responsable

Aclaración