



DENUNCIA DE SINIESTROS DE RIESGOS DIVERSOS

PRODUCTOR:		TELEFONO:	
SECCION:		POLIZA :	
DATOS DEL ASEGURADO			
RAZON SOCIAL O ASEGURADO:		CUIT :	
		DNI :	
DOMICILIO:			
-LOCALIDAD	-PROVINCIA	-CODIGO POSCAL	-TELEFONO

COBERTURA AFECTADA POR EL SINIESTRO

(X) Complete con (x) la cobertura afectada por el siniestro.

<input type="checkbox"/>	INCENDIO EDIFICIO
<input type="checkbox"/>	INCENDIO CONTENIDO O MOBILIARIO
<input type="checkbox"/>	ROBO
<input type="checkbox"/>	HURTO
<input type="checkbox"/>	CRISTALES
<input type="checkbox"/>	RESP CIVIL (DAÑOS MATERIALES)
<input type="checkbox"/>	RESP CIVIL (LESIONES) Datos:
<input type="checkbox"/>	OTRAS COBERTURAS
<input type="checkbox"/>	

DATOS Y DESCRIPCION DEL SINIESTRO

-LUGAR DE OCURRENCIA:	-HORA	-DENUNCIA POLICIAL
------------------------------	--------------	---------------------------

DESCRIPCION DETALLADO DEL HECHO:

--

-LUGAR DE OCURRENCIA:	-HORA	-DENUNCIA POLICIAL
------------------------------	--------------	---------------------------

--	--	--

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL ASEGURADO
----------------------	----------------------------

--	--