

Sección _____

Póliza Nº _____ 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 Nº _____ C.U.I.T. Nº _____ Ing. Brutos _____ Conv. Multilateral SI NO

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

Condiciones 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 _____

Su hubo intervención policial, indicar Comisaría _____

Detalle de daños ocasionales y montos probables _____

Si otras Compañías cubren el mismo riesgo, indíquelas a continuación

Nº de póliza _____ Compañía _____ Capital Asegurado _____

Nº de póliza _____ Compañía _____ Capital Asegurado _____

Nº de póliza _____ Compañía _____ Capital Asegurado _____

Nº de póliza _____ Compañía _____ Capital Asegurado _____

Lugar y fecha _____

Firma del asegurado responsable

Aclaración

UNIDADES REGIONALES

Buenos Aires

Torre Berkley, Carlos Pellegrini 1023 · Piso 2
C1009ABU · C.A.B.A. Tel. (011) 4378 8100 · bue@berkley.com.ar

Rosario

Mitre 699 · S2000COM · Rosario
Tel. (0341) 410 4200 · ros@berkley.com.ar

Córdoba

Av. Colón 675 · X5000EOC · Córdoba
Tel. (0351) 526 4500 · cba@berkley.com.ar