

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°:	Productor:
------------	------------

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombre:	DNI.:
Domicilio:	Teléfono:
Ocupación:	

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia:	Hora:
Lugar de Ocurrencia:	Localidad:
Relato de lo Ocurrido:	
Lesiones sufridas:	
Intervino Comaría: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?:
Asistencia Médica:	
Gastos de Farmacia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Certificados Médicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Testigos:	

Firma

Aclaración

Fecha

DNI.:	Teléfono:
-------	-----------