

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](mailto:bue@berkley.com.ar)

**Rosario**

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

**Córdoba**

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