

En _____ a ____ de ____ de 20__

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

NOMBRE			
NIF			
DOMICILIO			
LOCALIDAD			
PROVINCIA		C.P.	
N.º PÓLIZA*		COMPañÍA*	

DATOS DEL SOLICITANTE DEL SINIESTRO

NOMBRE		
TELÉFONO*		
MAIL*		

SITUACIÓN DEL RIESGO

DOMICILIO			
LOCALIDAD			
PROVINCIA		C.P.	

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO

FECHA*	
LUGAR DEL SUCESO*	
DESCRIPCIÓN* :	

*Campo Obligatorio

Observaciones