

TOMADOR:	C.U.I.T.:
DOMICILIO LEGAL:	
DOMICILIO COMERCIAL:	
TELEFONO	FAX:
E-MAIL:	CONTACTO Sr./Sra.:
ACTIVIDAD PRINCIPAL	

POLIZA NRO.	ENTIDAD ASEGURADORA	RIESGO	BIEN ASEGURADO	VIGENCIA		MONTO ASEGURADO
				Desde	Hasta	

Este formulario se debe llenar en todos los casos, aún cuando no tengan contratados seguros de ningún tipo. En este caso, se hará figurar la frase "No tenemos seguros contratados a la fecha".

Lugar y fecha:

Firma y sello del Responsable: