N° Declaración

Declaración de Siniestros

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD DEL PATRONO POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Datos de la Póliza

Nombre del Tomador: | Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V E

Nombre del Asegurado: | Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V E

N° de la Póliza: | N° del Recibo: | Sucursal de Emisión de la Póliza:

Datos del Siniestro

Fecha de Ocurrencia: / / | Fecha de Notificación: / / | Fecha Declaración: / /

N° del Siniestro: | Sucursal de ocurrencia del siniestro:

Notificado por: | Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V E

N° Teléfono: | Correo Electrónico:

Causa del Siniestro:

Lugar de Ocurrencia: | Hora: a.m. p.m.

Descripción del Siniestro

Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: / /	Hasta: / /
			Desde: / /	Hasta: / /
			Desde: / /	Hasta: / /

Declaro que las informaciones suministradas al Asegurador, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada.

Asegurado:	Intermediarios de Seguros:	Por Estar Seguros, S.A.
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /