el Sol seguros

Fecha de denuncia: / /

INSPECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DAÑOS

Asegurado: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Póliza Nº: _____ Tel.: _____

DATOS DEL OBJETO ASEGURADO _____

_____

_____

_____

_____

DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS SUFRIDOS _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

El declarante está sujeto a proporcionar nuevas o más amplias declaraciones, así como a efectuar entrega a la Compañía de cuanta documentación le sea solicitada conforme lo prevén las condiciones generales de la póliza. El declarante ratifica y acepta con su firma la veracidad de todas las declaraciones aquí contenidas.

_____ _____

Firma del Asegurado y/o Representante

C.I. Nº_____

Aclaración de Firma