

ASEGURADORA

N° de inscripción en SSN:
Razón social:.....

CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO

Tipo de actividad: Industrial – Comercial – Servicios (tachar lo que no corresponda)
Descripción actividad:
Suma asegurada total:..... Moneda: Tipo de cambio:.....

DATOS DE LA POLIZA

Nro:.....
Ramo:.....
Fecha de emisión:.....
Vigencia:.....
Tomador:.....
Asegurado y N° de CUIT:.....
Interés asegurado:.....
Descripción del riesgo cubierto:
.....
.....
Productor Asesor de Seguros y N° de matrícula:.....

COASEGURO

En la cobertura del riesgo participan otras aseguradoras? SI NO
En caso afirmativo completar:
En la cobertura de este riesgo es la Aseguradora Piloto? SI NO

a) En caso negativo informe número de inscripción en SSN y razón social de la aseguradora piloto:

N° Insc. SSN	Razón Social

b) En caso afirmativo informe el listado de las entidades coaseguradoras y la participación de cada una de ellas:

N° Insc. SSN	Razón Social Aseguradoras	Nros. de Pólizas	Suma Asegurada		
			% Participación	Monto	En exceso de (en caso de corresponder)

CERTIFICACION ACTUARIAL S/CONDICIONES DE REASEGURO Y RETENCION (punto 26.3.1.1. inciso 4. del R.G.A.A.)

Emitida por (nombre y apellido):
N° de orden otorgado por SSN:
Teléfono:
Correo electrónico:.....

INFORME DEL LETRADO S/CONDICIONES CONTRACTUALES (punto 26.3.1.1. inciso 2. del R.G.A.A.)

Emitido por (nombre y apellido):
N° de matrícula:otorgada por:.....
Teléfono:
Domicilio legal:
Correo electrónico:

INTERMEDIARIO DE REASEGURO

Intervino un intermediario SI NO
En caso afirmativo completar:
Razón social:
N° de inscripción otorgado por SSN:
Teléfono:.....
Correo electrónico:

PERSONA DE CONTACTO POR LA COBERTURA DEL PRESENTE RIESGO

Nombre y apellido:
Teléfono:
Correo electrónico:

OBSERVACIONES

.....
.....

MANIFESTACION