



FORMULARIO PARA RC COMPRENSIVA

DATOS DEL ASEGURADO

TOMADOR DE LA PÓLIZA: _____

CUIT N°: _____

DATOS DEL EVENTO

VIGENCIA SOLICITADA: Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___

CANTIDAD DE PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA: _____

FACTURACIÓN ANUAL: _____

SINIESTRALIDAD ULTIMOS AÑOS: _____

EL EVENTO ES: Público Privado

UBICACIÓN DEL/LOS EVENTO/S:

| Nombre del Lugar | Provincia | Dirección Exacta |
|------------------|-----------|------------------|
|------------------|-----------|------------------|

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DEL EVENTO

(Lo más detallado posible)

SI DESARROLLA ACTIVIDADES EN PREDIOS DE TERCEROS, DETALLARLAS

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y OTROS SEGUROS

El formulario deberá ser enviado a emision@digna.seg.ar en formato PDF con la mejor calidad posible.

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____