



FORMULARIO PARA RC EVENTOS

DATOS DEL ASEGURADO

TOMADOR DE LA PÓLIZA: _____

CUIT N°: _____

DATOS DEL EVENTO

CANTIDAD DE EVENTOS: _____ DURACIÓN DEL EVENTO (Días): _____

CANTIDAD DE PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA ORGANIZACIÓN PROPIAS Y CONTRATADAS: _____
(Independientemente que las ajenas cuenten con seguro)

CANTIDAD DE ASISTENTES/INVITADOS: _____

CUBRE ARMADO Y DESARMADO DE STAND-ESCENARIO: SI NO

EL EVENTO ES: Público Privado

HAY EXPENDIO DE COMIDA Y/O BEBIDA: SI NO

UBICACIÓN DEL/LOS EVENTO/S:

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DEL EVENTO

(Lo más detallado posible aclarando, en caso de haber, carteles, traslado de equipos, equipos de 3° a cargo del tomador, uebles, etc.)

MEDIDAS DE SEGURIDAD

AMBULANCIA
SEGURIDAD

MEDIDAS DEL LUGAR CONTRA INCENDIO
DELIMITACIÓN - VALLADO

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

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____