

DECLARACION DE SINIESTRO

NOMBRE CONTRATANTE O PAGADOR	<input type="text"/>		
RUN CONTRATANTE O PAGADOR	<input type="text"/>		
POLIZA	N°	ITEM	<input type="text"/>
DIRECCION SINIESTRO	<input type="text"/>		
COMUNA	<input type="text"/>	REGION	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		
FECHA DEL SINIESTRO	<input type="text"/>	HORA SINIESTRO	<input type="text"/>

BREVE RELATO DEL SINIESTRO

Doy Fe que los datos suministrados en éste formulario son fidedignos.

Favor enviar Formulario al siguiente correo : k.campusano@segurosac.cl

Pronto nos contactaremos con usted.