

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PARTE PARA LA COMPAÑÍA

ASEGURADO/A:

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DOMICILIO _____

POBLACIÓN _____ **CP** _____

PROVINCIA _____

TELEFONO PARTICULAR _____

HORARIO LOCALIZACIÓN _____

CENTRO DE TRABAJO _____

HORARIO DE TRABAJO _____

TELEFONO DEL CENTRO _____

(A RELLENAR POR EL ASEGURADO)

Descripción y/o versión, lo más detallada posible, de los hechos según el/la asegurado/a:

..... a de de 20....

(Firma Asegurado/a)