



INDIQUE LA NATURALEZA Y EXTENSIÓN DE LA PÉRDIDA O DAÑOS


**DATOS PARA INSPECCIÓN DE LA EMBARCACIÓN ASEGURADA**

Fecha de inspección	Nombre del taller naval/ astillero / club	
Domicilio de la inspección		
Ciudad	Provincia	Teléfono

**UTILIZACIÓN DE LA EMBARCACIÓN**

¿Realiza actividades privadas solamentete? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso negativo indicar destino de la embarcación
¿Realiza actividades deportivas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar cuáles
¿Participa de regatas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indicar detalles
Indicar si la embarcación ha sido inspeccionada por un inspector calificado	En caso afirmativo incluir detalles

**VALORES A ASEGURAR**

CASCO (Incluyendo motor dentro de borda)	
Motores fuera de borda de la embarcación madre	
Embarcación auxiliar (Debe estar marcada de forma permanente con el nombre de la embarcación principal)	
Motores fuera de borda de la embarcación auxiliar	
Equipamiento	
<b>TOTAL A ASEGURAR</b>	

**DATOS DE LA COBERTURA**

Cobertura a contratar:

Plan     Adicionales     Navegación en     Guadería náutica

Franquicia

**DATOS DE LA INSPECCIÓN**

Lugar	Horario
Teléfono de contacto	Persona a contactar

.....  
*Firma del Asegurado*

.....  
*Firma del Productor*

.....  
*Firma y sello del Suscriptor*

.....  
*Aclaración*

.....  
*Aclaración*

**EN CASO DE HALLARSE CUALQUIER OTRA EMBARCACIÓN IMPLICADA O BAJO CUSTODIA DE UN TERCERO**

**DATOS DEL TERCERO (DAMNIFICADO)**

Nombre  Edad  DNI/CUIL/CUIT N°

Domicilio  Teléfono

Tipo de damnificado  Embarcación  Otro  ¿Cuál?

**DATOS DE LA EMBARCACIÓN DEL TERCERO (Completar en caso de tercera embarcación)**

Propietario  DNI/CUIL/CUIT N°

Domicilio  Teléfono

Nombre de la embarcación  Marca  Modelo  Año

Matrícula N°  Certificado de seguridad para embarcaciones deportivas  Vencimiento

**DAÑOS A LA EMBARCACIÓN DEL TERCERO**

¿Posee seguro?  SI  NO

Compañía de seguros  Póliza N°

*Atención: Si hay más de un tercero, completar los datos correspondientes a los terceros restantes utilizando formularios adicionales. No deberá llenar la parte correspondiente al Asegurado, salvo en el primer formulario utilizado.*

**TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

Nombre  Domicilio  Teléfono

Nombre  Domicilio  Teléfono

**¿HUBO PERSONAS LESIONADAS?  SI  NO (En caso afirmativo complete el siguiente cuadro)**

	Sin lesiones (*)	Lesiones leves (*)	Lesiones graves (*)	Muerte (*)
En la embarcación asegurada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En la embarcación del tercero	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros - ¿Cuáles?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) Indique la cantidad de personas según corresponda

**LESIONES A TERCEROS**

1. Nombre del tercero lesionado  Domicilio  Teléfono

¿Fue hospitalizado?  SI  NO

Relación con el Asegurado/Conductor  ¿Dónde?

Indique las lesiones

2. Nombre del tercero lesionado  Domicilio  Teléfono

¿Fue hospitalizado?  SI  NO

Relación con el Asegurado/Conductor  ¿Dónde?

Indique las lesiones

3. Nombre del tercero lesionado  Domicilio  Teléfono

¿Fue hospitalizado?  SI  NO

Relación con el Asegurado/Conductor  ¿Dónde?

Indique las lesiones

*Atención: Si hay más de 3 lesionados, completar los datos correspondientes a los lesionados restantes utilizando formularios adicionales. No deberá llenar la parte correspondiente al Asegurado, salvo en el primer formulario utilizado.*

**Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, que asumo total responsabilidad por su veracidad y que estoy dispuesto a prestar a la Compañía toda la cooperación para la pronta liquidación del siniestro.**

.....  
Lugar y fecha

.....  
Firma y aclaración