

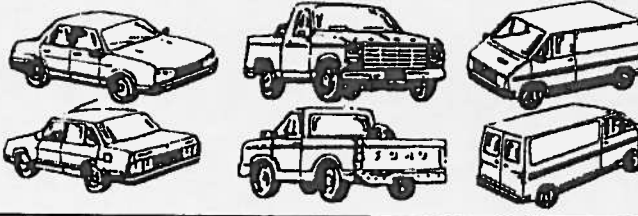
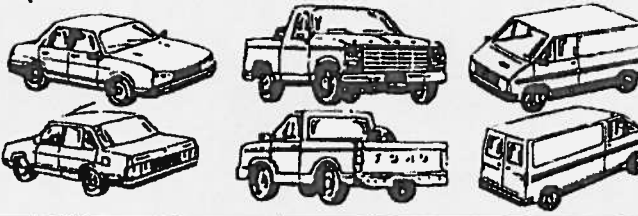
HSBC LA BUENOS AIRES CC PE OBA CL Bel

Siniestro N°
Póliza N°
Grupo/Orden

Fecha de ocurrencia: / / Hora:

Lugar: Localidad: Pcia:

Denuncia Policial: SI NO Comisaría N°: Localidad: Acta N°: Exp. N°:

Datos de		Asegurado	Tercero																									
Asegurado Propietario	Sr.	Sr.	Sr.																									
	D.N.I. N° Tel.	D.N.I. N° Tel.	D.N.I. N° Tel.																									
	Domicilio C.P.	Domicilio C.P.	Domicilio C.P.																									
	Localidad Prov.	Localidad Prov.	Localidad Prov.																									
Conductores	Sr.	Sr.	Sr.																									
	D.N.I. N° C.I. N°	D.N.I. N° C.I. N°	D.N.I. N° C.I. N°																									
	Domicilio C.P.	Domicilio C.P.	Domicilio C.P.																									
	Localidad Prov.	Localidad Prov.	Localidad Prov.																									
	Edad Ocupación	Edad Ocupación	Edad Ocupación																									
	Licencia de conducir N° Categ.	Licencia de conducir N° Categ.	Licencia de conducir N° Categ.																									
	Expedida por Vencimiento / /	Expedida por Vencimiento / /	Expedida por Vencimiento / /																									
Relación c/asegurado	Relación c/asegurado	Relación c/asegurado																										
Vehículos	Marca Modelo Año	Marca Modelo Año	Marca Modelo Año																									
	Patente Color	Patente Color	Patente Color																									
	Motor N° Antirrobo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motor N° Antirrobo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motor N° Antirrobo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																									
	Uso o Destino Cris. Grab. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Uso o Destino Cris. Grab. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Uso o Destino Cris. Grab. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																									
Daños a vehículos	Marcar (X)																											
	Detailar																									
Taller de reparac.	Nombre	Nombre	Nombre																									
	Domicilio Tel.	Domicilio Tel.	Domicilio Tel.																									
	Localidad Fecha Insp. / /	Localidad Fecha Insp. / /	Localidad Fecha Insp. / /																									
Para uso interno de la Compañía	Pólizas	Fecha Emisión / / Fecha Vigencia / /	Compañía																									
		Suma Asegurada Ind. Variable	N° de Póliza																									
		Cobertura <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> s/DP <input type="checkbox"/> s/DT <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> RC	Fecha Vigencia																									
		Franquicia <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> FIJA de	Cobertura <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> s/DP <input type="checkbox"/> s/DT <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> RC																									
	FRANQUICIA <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> CON		ACREDITA LA PROPIEDAD DEL BIEN DAÑADO CON:																									
cobranzas	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Franq. por</th> <th colspan="2">Daños</th> <th colspan="2">Robo</th> </tr> <tr> <th>%</th> <th>Importe</th> <th>%</th> <th>Importe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mínimo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Máximo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reparación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Franq. por	Daños		Robo		%	Importe	%	Importe	Mínimo					Máximo					Reparación					
	Franq. por	Daños		Robo																								
		%	Importe	%	Importe																							
Mínimo																												
Máximo																												
Reparación																												
Productor Organizador Cgo. Productor Cgo. Aseg.																										
Aceptar <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Observaciones		Observaciones:.....																										

