



Siniestro N°
Póliza N°
Grupo/Orden

HSBC LA BUENOS AIRES CC PE OBA CL Bel

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)				
	Detallar	..... ..... .....	..... ..... .....
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		
	Informe de cobranzas	Franq. por	<input type="checkbox"/> % Daños Importe <input type="checkbox"/> % Robo Importe	Acredita la propiedad del bien dañado con:	
			Mínimo	
			Máximo	
Reparación	.....	.....	
Productor Organizador .....	.....	.....	
Cgo. Productor Cgo. Aseg. ....	.....	.....	
Observaciones	.....	.....	
Intervino Fecha ..... / ..... / .....	.....	.....	

