

**DENUNCIA DE SINIESTRO DE AUTOMOTORES**



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
<b>ASEGURADO PROPIETARIO</b>		Sr. _____ DNI N° _____ Tel. _____ Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____ Prov. _____	Sr. _____ DNI N° _____ Tel. _____ Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____ Prov. _____
	<b>CONDUCTORES</b>	Sr. _____ DNI N° _____ Tel. _____ Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____ Prov. _____ Edad _____ Ocupación _____ Licencia de conducir N° _____ Categ. _____ Expedida por _____ Vencimiento / / Relación c/asegurado _____	Sr. _____ DNI N° _____ Tel. _____ Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____ Prov. _____ Edad _____ Ocupación _____ Licencia de conducir N° _____ Categ. _____ Expedida por _____ Vencimiento / / Relación c/asegurado _____
<b>VEHICULOS</b>		Marca _____ Modelo _____ Año _____ Patente _____ Color _____ Motor N° _____ Antirrobo: SI - NO Uso o destino _____ Cris. Grab. SI - NO	Marca _____ Modelo _____ Año _____ Patente _____ Color _____ Motor N° _____ Antirrobo: SI - NO Uso o destino _____ Cris. Grab. SI - NO
<b>DAÑOS a VEHICULOS</b>	<b>MARCAR (x)</b>		
	<b>DETALLAR</b>	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

<b>TALLER DE REPARACION</b>	Nombre _____ Domicilio _____ Tel. _____ Localidad _____ Fecha Insp. / /		Nombre _____ Domicilio _____ Tel. _____ Localidad _____ Fecha Insp. / /																									
	<b>PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑIA</b>	<b>POLIZAS</b>	Fecha emisión / / Fecha vigencia / / Suma asegurada _____ Ind. variable _____ Cobertura: <b>TR - s/DP - s/DT - TT - RC</b> Franquicia: <b>SIN - CON</b> Fija de: _____		Compañía _____ Nº Póliza _____ Fecha vigencia: / / Cobertura: <b>TR - s/DP - s/DT - TT - RC</b> Franquicia: <b>SIN - CON</b>																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Franq. por</th> <th colspan="2">Daños</th> <th colspan="2">Daños</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 style="background-color: #cccccc;"></td> <td></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> </tbody> </table>			Franq. por	Daños		Daños		%	Importe	%	Importe	Mínimo					Máximo					Reparación					Acredita la propiedad del bien dañado con: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Franq. por		Daños		Daños																								
	%	Importe	%	Importe																								
Mínimo																												
Máximo																												
Reparación																												
Productor: _____ Organizador: _____ Cgo. Productor: _____ Cgo. Asegurado: _____		Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____																										
Aceptar <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____																												
<b>INFORME de COBRANZAS</b>	Intervino: _____ Fecha: / /																											

<b>DAÑOS A PERSONAS</b>		
Pasajero <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	Ocupante del otro vehículo <input type="checkbox"/>
Nombre y Apellido del/los lesionado/s	Domicilio	Parentesco
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
Tipo de Lesión		
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
¿Hubo participación de algún nosocomio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Hubo participación de algún médico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dr. _____ Tel. _____		
Domicilio _____ C.P. _____ Localidad _____ Pcia. _____		
<b>TESTIGOS</b>		
Nombre y Apellido del/los lesionado/s	Domicilio	Parentesco
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
<b>ORIENTACION DEL ACCIDENTE</b>		



