

LA BUENOS AIRES
SAN MARTIN

CC PE OBA CL Bel

FENIX DEL NORTE
BRADESCO


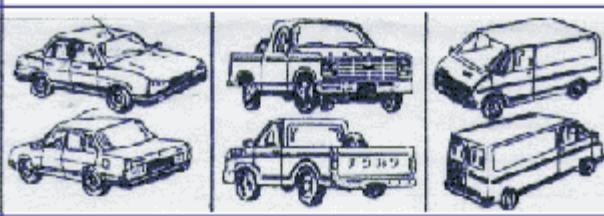
CC PE OBA CL Bel

Siniestro N°
Póliza N°
Grupo/Orden

Fecha de Ocurrencia: / / Hora

Lugar: Localidad: Pcia.:

Dununcia 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 Tel.	Domicilio Tel.	Domicilio Tel.																								
	Localidad C.P.	Localidad C.P.	Localidad C.P.																								
	Edad Profesión	Edad Profesión	Edad Profesión																								
	Licencia Conductor N° Categ.	Licencia Conductor N° Categ.	Licencia Conductor 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"/> T.T <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"/> T.T <input type="checkbox"/> RC																								
			Franquicia <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> FIJA de																								
		<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					Acredita la propiedad del bien dañado con:
	Franq. por	Daños		Robo																							
		%	Importe	%	Importe																						
	Mínimo																										
	Máximo																										
Reparación																											
	Productor Organizador Cgo. Productor Cgo. Aseg.																										
Informe de Cobranzas	Aceptar		Observaciones																								
	Rechazar																									
	Observaciones																								
	Intervino Fecha: / /																								

