

QBE SEGUROS 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. _____	D.N.I. N° _____ Tel. _____			D.N.I. N° _____ Tel. _____			
	Domicilio _____	C.P. _____			Domicilio _____ C.P. _____			
	Localidad _____	Prov. _____			Localidad _____ Prov. _____			
Conductores	Sr. _____	D.N.I. N° _____		C.I. N° _____	D.N.I. N° _____		C.I. N° _____	
	Domicilio _____	C.P. _____		Domicilio _____ C.P. _____				
	Localidad _____	Prov. _____		Localidad _____ Prov. _____				
	Edad _____	Ocupación _____		Edad _____		Ocupación _____		
	Licencia de conducir N° _____	Categ. _____		Licencia de conducir N° _____		Categ. _____		
	Expedida por _____	Vencimiento ____ / ____ / ____		Expedida por _____		Vencimiento ____ / ____ / ____		
Relación c/asegurado _____		Relación c/asegurado _____						
Vehículos	Marca _____	Modelo _____	Año _____		Marca _____	Modelo _____	Año _____	
	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				
	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				
	Marcar (X)		  		  		  	
Detaillar								
Taller de reparac.	Nombre _____	Domicilio _____ Tel. _____			Nombre _____			
	Domicilio _____	Localidad _____ Fecha Insp. ____ / ____ / ____			Domicilio _____			
	Localidad _____				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 _____		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 <input type="checkbox"/> FIJA de _____	FRANQUICIA <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> CON					
		Franq. por _____	Daños _____		Robo _____		Acredita la propiedad del bien dañado con:	
	Mínimo _____	Importe _____		Importe _____				
	Máximo _____							
	Reparación _____							
	Productor _____	Organizador _____						
	Cgo. Productor _____	Cgo. Aseg. _____						
Informe de cobranzas	Aceptar <input type="checkbox"/>	Observaciones: _____						
	Rechazar <input type="checkbox"/>							
	Observaciones _____							
Intervino _____	Fecha ____ / ____ / ____							

DAÑOS A PERSONAS:

- Pasajero
- Peatón
- Ocupante del otro vehículo

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 NO ¿Cuál?
 ¿Hubo participación de algún médico? SI NO Dr. Tel.:
 Domicilio: C.P.: Localidad: Prov.:

TESTIGOS:

Nombre y Apellido Domicilio Teléfono
 1
 2
 3
 4

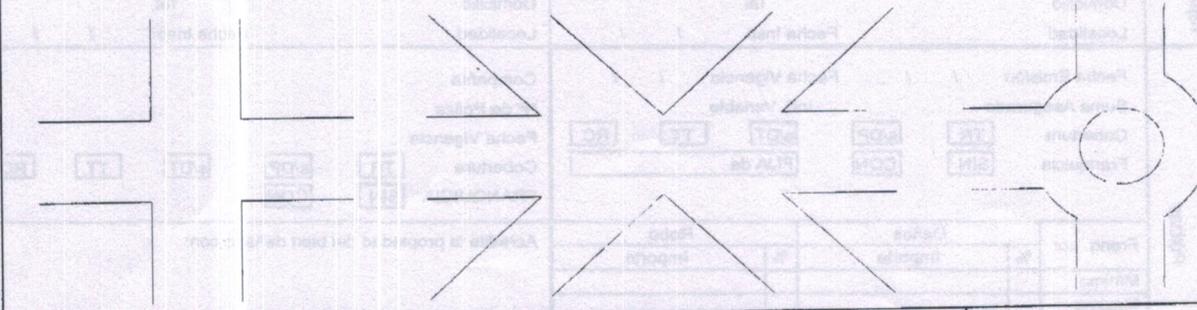
ORIENTACION DEL ACCIDENTE:

Calle o Av. de circ. (Aseg.): Sentido Mano única SI // NO
 Calle o Av. de circ. (Tercero): Sentido Mano única SI // NO
 Había Semáforo: SI // NO En qué situación: Cómo estaba el pavimento

DETALLE DEL ACCIDENTE: (Explique en forma detallada cómo ocurrió el accidente)

.....

CROQUIS: Dibujar situación de los vehículos en el accidente (detallar calles, rutas, sentido del tránsito, etc.)

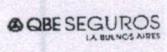


"Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes".
 La recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo, Art. 4 (Ley de Seguros).

Aclaración

Firma Fecha / /

Recibió	Fecha / /
---------------	-----------------------------



Si está en el exterior y necesita ayuda, solicite a la operadora una llamada de cobro revertido al: **0054-11-4132-2424**