

DENUNCIA DE SINIESTRO DE AUTOMOVILES • ASEGURADOS

:: Esta información debe ser suministrada a Meridional Seguros, dentro de las 72 hs. de sufrido el accidente.
 :: Puede entregar la denuncia personalmente en cualquiera de nuestras agencias o por fax al 0800-3333-244.

1.FECHA DEL SINIESTRO

Fecha: / / Hora:

ESTADO DEL TIEMPO

 Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

2.LUGAR DEL SINIESTRO

Localidad:

Provincia:

País:

Calle:

N°

Intersección de/entre:

y

Ruta N°

Km.

 Nacional

 Provincial

Cruce con ruta N°

 Cruce señalizado Sí No

 Cruce tren

Barrera

 Sí No

Cruce señalizado

 Sí No

Estado barrera

 Semáforo Sí No

Funciona

 Sí No

 Intermitente

Color

Tipo de calzada:

Estado calzada:

3.CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO

 Tipo de accidente: Frontal Posterior Lateral En cadena Vuelco Desplazamiento

 Inmersión Incendio Explosión Daño c/carga

 En autopista En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre puente Otro:

 Colisión con: Peatón Vehículo Trans. público Edificio Columna Animal Otro:

Cobertura afectada

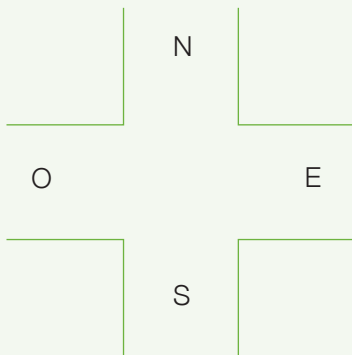
Robo: Parcial Total

Incendio: Parcial Total

Daño: Parcial Total

Responsabilidad Civil: Daños a vehículos Daños a otras cosas Lesiones (Complete Anexo I)

Croquis



Relato del siniestro

Indique si alguno de los involucrados en el accidente tiene relación laboral/comercial con Meridional Seguros

 Asegurado Tercero/damnificado Conductor Lesionado Indique vehículo: _____

 Tipo de relación: Empleado Familiar de empleado Proveedor Familiar/empleados de proveedor

 Productor/broker Familiar/empleados de productor/broker

4.DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Marca:

Modelo:

Tipo:

Patente:

Año:

Propietario:

N° Motor:

N° Chasis:

 Uso del vehículo: Particular Comercial/carga Taxi/Remis Transporte público Otros:

Detalle los daños del vehículo asegurado:

 COD
Liq.
Cc.

 PD
Sstro.
Cob.

 OD
Sstro.
Cob.

 #Pags.
Tipo Doc 1

 Sstro.
Item

 Secc.
Sstro.

NO COMPLETAR - PARA USO EXCLUSIVO DE MERIDIONAL SEGUROS

5.DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Apellido y nombre:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			Tipo y N° de Doc.:
Teléfono:	Domicilio:			
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:	
Estado civil:	Fecha de nacimiento: / /		Edad:	
Examen de alcoholemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó				
¿Conductor habitual del vehículo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	Vencimiento: / /	
¿Es el propio asegurado? <input type="checkbox"/> Sí (Continuar en punto 7) <input type="checkbox"/> No Relación con el asegurado:				

6.DATOS DEL ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Apellido y nombre:	Tipo y N° de Doc.:		
Teléfono:	Domicilio:		
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:

7.DETALLE DEL VEHICULO DEL TERCERO (1)

Aseguradora:	Póliza N°:		
Propietario:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Tipo y N° de Doc.:		
Domicilio:	Teléfono:		
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
Marca:	Modelo:	Tipo:	
Patente:	Año:	N° Motor:	N° Chasis:
¿Conductor habitual del vehículo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	Vencimiento: / /
Uso del vehículo	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial/carga <input type="checkbox"/> Taxi/Remis <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Otros:		
Detalle los daños del vehículo:			
Examen de alcoholemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó			
El conductor es propietario <input type="checkbox"/> No (completar la información que sigue) <input type="checkbox"/> Sí (no completar la información que sigue)			
Conductor:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Tipo y N° de Doc.:		
Teléfono:	Domicilio:		
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
Conductor habitual del vehículo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	Vencimiento: / /

De existir más de un vehículo involucrado complete el Anexo II

8.DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Tipo y N° de Doc.:		
Teléfono:	Domicilio:		
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
Detalle los daños:			
Aseguradora:	Póliza N°:		

9.DATOS DEL DENUNCIANTE (sólo completar si Ud. NO es el conductor o el asegurado)

Apellido y nombre:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Tipo y N° de Doc.:		
Teléfono:	Domicilio:		
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:

**Esta Compañía no se responsabiliza por acuerdos realizados sin previa autorización.
La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.
Los datos y las demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.**

Lugar, fecha y hora

Firma y aclaración