

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

ESTADO DEL TIEMPO

Fecha: / / Hora:

 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

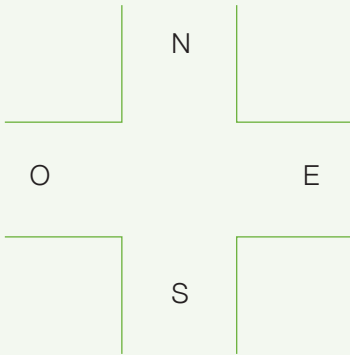
Robo: Parcial Total

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/empleado de proveedor

 Productor/broker Familiar/empleado 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

 Sstro.
 Secc.

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:
De corresponder indemnización a mi nombre solicito que se efectue el pago en: <input type="checkbox"/> Casa Central <input type="checkbox"/> Agencia Belgrano <input type="checkbox"/> Agencia Vte. Lopez			
<input type="checkbox"/> Agencia L. de Zamora <input type="checkbox"/> Agencia Morón <input type="checkbox"/> Agencia Santa Fe <input type="checkbox"/> Agencia Córdoba <input type="checkbox"/> Agencia Tucumán <input type="checkbox"/> Agencia Mendoza			
<input type="checkbox"/> Agencia Mar del Plata <input type="checkbox"/> Agencia Tandil <input type="checkbox"/> Agencia Bahía Blanca <input type="checkbox"/> Agencia Neuquén <input type="checkbox"/> Sucursal Ushuaia			

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