

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