

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

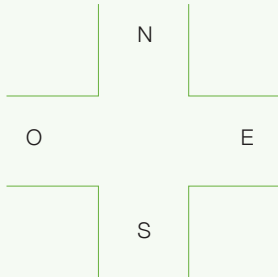
2.LUGAR DEL SINIESTRO

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/empleador de proveedor
 Productor/broker Familiar/empleador 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 Dec 1	
Sstro.	Item
Sstro.	
Sec.	

5.DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Apellido y nombre: Género: F M Tipo y Nº de Doc.:

Teléfono: Domicilio:

Cód. postal: Localidad: Provincia: País:

Estado civil: Fecha de nacimiento: / / Edad:

Examen de alcoholemia: Sí No Se negó

¿Conductor habitual del vehículo? Sí No Registro Nº Vencimiento: / /

¿Es el propio asegurado? Sí (Continuar en punto 7) No Relación con el asegurado:

6.DATOS DEL ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Apellido y nombre: Tipo y Nº de Doc.:

Teléfono: Domicilio:

Cód. postal: Localidad: Provincia: País:

De corresponder indemnización a mi nombre solicito que se efectue el pago en: Casa Central Agencia Belgrano Agencia Vte. Lopez

Agencia L. de Zamora Agencia Morón Agencia Santa Fe Agencia Córdoba Agencia Tucumán Agencia Mendoza

Agencia Mar del Plata Agencia Tandil Agencia Bahía Blanca Agencia Neuquén Sucursal Ushuaia

7.DETALLE DEL VEHICULO DEL TERCERO (1)

Aseguradora: Póliza Nº:

Propietario: Género: F M Tipo y Nº de Doc.:

Domicilio: Teléfono:

Cód. postal: Localidad: Provincia: País:

Marca: Modelo: Tipo:

Patente: Año: Nº Motor: Nº Chasis:

¿Conductor habitual del vehículo? Sí No Registro Nº Vencimiento: / /

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

Detalle los daños del vehículo:

Examen de alcoholemia: Sí No Se negó

El conductor es propietario No (completar la información que sigue) Sí (no completar la información que sigue)

Conductor: Género: F M Tipo y Nº de Doc.:

Teléfono: Domicilio:

Cód. postal: Localidad: Provincia: País:

Conductor habitual del vehículo Sí No Registro Nº Vencimiento: / /

De existir más de un vehículo involucrado complete el Anexo II**8.DAÑOS MATERIALES A COSAS**

Propietario: Género: F M Tipo y Nº de Doc.:

Teléfono: Domicilio:

Cód. postal: Localidad: Provincia: País:

Detalle los daños:

Aseguradora: Póliza Nº:

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

Apellido y nombre: Género: F M Tipo y Nº 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

IMPORTANTE: Este formulario ha sido diseñado para ser impreso en hoja tamaño Oficio o Legal. Una vez completo, debe imprimirlo, firmarlo y remitirlo vía fax al 0-800-3333-244.

Imprimir formulario

AIG Una Compañía
 © American International Group, Inc.

3/20/14