

## DENUNCIA DE SINIESTRO

### AUTOMOVILES - ASEGURADOS

Esta compañía no se responsabiliza por acuerdos realizados sin previa autorización.  
 La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la compañía.

**Esta información debe ser suministrada a Meridional Seguros dentro del 3° día de ocurrido el siniestro.  
 Puede enviarse por Fax al 0800-3333-244 o a Pte. Tte. Perón 646 - 4° piso - (1038) Capital Federal - División Siniestros.**

#### 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.	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Provincial	Cruce con ruta N°	Cruce señalizado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cruce tren	Barrera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cruce señalizado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado barrera
Semáforo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Funciona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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

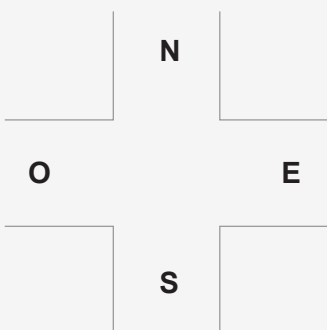
En autopista  En calle  En avenida  En curva  En pendiente  En túnel  Sobre puente  Otro:

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

COD	Liq.	CC.	PD	Sstto.	Cob.	OD	Sstto.	Cob.	#Pags.	Tipo Doc 1	Sstto.	Item	Sstto.	Secc.

NO COMPLETAR - PARA USO EXCLUSIVO DE MERIDIONAL SEGUROS

#### 4.DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Marca:	Modelo:	Tipo:			
Patente:	Año:	Propietario:			
Nº Motor:	Nº Chasis:				
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 asegurado:					

#### 5.DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO EN MERIDIONAL SEGUROS

Apellido y nombre:	Género:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Tipo y Nº 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 Nº	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 Nº 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 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 Nº:					
Propietario:	Género:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Registro Nº	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 Nº de Doc.:	.	.
Teléfono:	Domicilio:					
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:			
Conductor habitual del vehículo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Registro Nº	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 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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Tipo y N° de Doc.:	.	.
Teléfono:	Domicilio:		País:		
Cód. postal:	Localidad:	Provincia:			

**Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, que asumo total responsabilidad por su veracidad y que estoy dispuesto a prestar a la compañía toda la cooperación para la pronta liquidación del siniestros.**

**Consentimiento del Titular de los Datos**

Consiento expresamente que la empresa podrá tratar mis datos personales con el objeto de cumplir con sus obligaciones contractuales y las leyes laborales, previsionales e impositivas y realizar todas las actividades que tengan por objeto el cumplimiento del objeto social, incluyendo las actividades de recursos humanos y la prestación del servicio de seguro.

Asimismo, consiento que mis datos personales puedan ser transferidos a jurisdicciones que no posean normativa de protección de datos personales similares o adecuadas a la Argentina, cuando la empresa proporcione medidas de seguridad y confidencialidad de los mismos.

Tomo conocimiento que los destinatarios de los datos personales serán La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., sus afiliadas y empresas relacionadas y que tengo el derecho de acceso, información, rectificación, actualización y supresión de los mismos.

Los datos personales están sujetos a la política de privacidad que se encuentra a disposición en el sitio [www.lameridional.com](http://www.lameridional.com).

En cumplimiento de la Disposición de la DNPDP N° 10/2008 se informa lo siguiente:

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326".

"La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Organo de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

Nombre, Apellido y DNI

Lugar y Fecha

Firma, aclaración, cargo y sello