

**AUTOMOTORES**

Aseguradora **Meridional Seguros** Póliza N° \_\_\_\_\_ Item N° \_\_\_\_\_ Siniestro N° \_\_\_\_\_

**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? SI  NO   
Cruce tren  barrera SI  NO  cruce señalizado? SI  NO  estado barrera \_\_\_\_\_  
Semáforo SI  NO  funciona? SI  NO  intermitente  Color \_\_\_\_\_  
Tipo de Calzada \_\_\_\_\_ Estado Calzada \_\_\_\_\_

**3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Examen de alcoholemia SI  NO  Se negó   
Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro N° \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Es el propio asegurado? SI  (continuar en el punto 5) NO  Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

**4. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido y Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_  
N° Motor \_\_\_\_\_ N° Chasis \_\_\_\_\_  
Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad   
Cobertura afectada robo parcial  total  incendio parcial  total  daño parcial  total   
Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (1)**

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ N° Motor \_\_\_\_\_ N° Chasis \_\_\_\_\_  
Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad   
Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
El conductor es el propietario? SI  (continuar en el punto 8) NO  (completar la información que sigue)  
Conductor \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro N° \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

COD	Liq.
	CC.
PD	Sstro.
	Cob.
OD	Sstro.
	Cob.
# Págs.	1
	Tipo Doc
NO COMPLETAR - PARA USO EXCLUSIVO DE LA MERIDIONAL	Sstro.
	Item
Strc.	
	Secc.

## 7. DETALLE DEL OTRO VEHÍCULO (2)

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
Dominio \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ N° Motor \_\_\_\_\_ N° Chasis \_\_\_\_\_  
Uso del vehículo particular  comercial o carga  taxi o remis  transporte público  servicios de urgencia  fuerzas de seguridad   
Detalle los daños del vehículo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examen de alcoholemia del conductor SI  NO  Se negó   
El conductor es el propietario? SI  (continuar en el punto 8) NO  (completar la información que sigue)  
Conductor \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Conductor habitual del vehículo? SI  NO  Registro N°. \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 8. DAÑOS MATERIALES A COSAS

Propietario \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Detalle los daños : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9. CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

Tipo de Accidente frontal  posterior  lateral  en cadena  vuelco  desplazamiento   
inmersión  incendio  explosión  daño c/ la carga   
En Autopista  En calle  En avenida  En Curva  En pendiente  En túnel  Sobre Puente  Otro: \_\_\_\_\_  
Colisión con: peatón  vehículo  Transp. públ.  edificio  columna  animal  Otro: \_\_\_\_\_

### CROQUIS

	N	
O		E
	S	

### DETALLES DEL SINIESTRO

En caso de existir lesionados, complete el Anexo I

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique si alguno de los involucrados en el accidente tiene una relación comercial / laboral 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 PROD. / BROKER

## 10. DATOS DEL DENUNCIANTE

Es el conductor o asegurado? SI  (continuar en el punto 11) NO  (completar la información que sigue)  
Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ Género F  M   
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

## 11. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_