

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

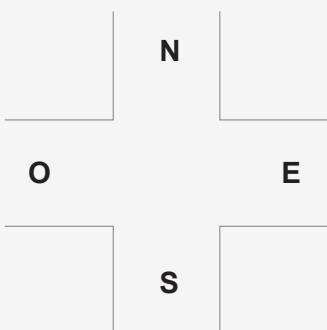
En autopista En calle En avenida En curva En pendiente En túnel Sobre puente Otro:

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.

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