

DENUNCIA DE SINIESTRO • ANEXO I

:: 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.

¿Intervino alguna autoridad policial? Sí No Comisaría N°:

LESIONES A TERCEROS (1)

BI	Sstro.	Apellido y nombre:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
		Tipo y N° de Doc.:		Estado civil:		Fecha de nacimiento: / /	
Cob.	Sstro.	Teléfono:		Domicilio:		Cód. postal:	
		Localidad:		Provincia:		País:	
Persona lesionada:		En vehículo Asegurado:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero-Indique parentesco:			
		En vehículo del Tercero:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero			
		Otros:		<input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Ciclista			
Tipo de lesiones:		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal					
Examen de alcoholemia:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó					
Centro asistencial:		Traslado en Ambulancia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

LESIONES A TERCEROS (2)

BI	Sstro.	Apellido y nombre:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
		Tipo y N° de Doc.:		Estado civil:		Fecha de nacimiento: / /	
Cob.	Sstro.	Teléfono:		Domicilio:		Cód. postal:	
		Localidad:		Provincia:		País:	
Persona lesionada:		En vehículo Asegurado:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero-Indique parentesco:			
		En vehículo del Tercero:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero			
		Otros:		<input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Ciclista			
Tipo de lesiones:		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal					
Examen de alcoholemia:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó					
Centro asistencial:		Traslado en Ambulancia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

LESIONES A TERCEROS (3)

BI	Sstro.	Apellido y nombre:		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
		Tipo y N° de Doc.:		Estado civil:		Fecha de nacimiento: / /	
Cob.	Sstro.	Teléfono:		Domicilio:		Cód. postal:	
		Localidad:		Provincia:		País:	
Persona lesionada:		En vehículo Asegurado:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero-Indique parentesco:			
		En vehículo del Tercero:		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero			
		Otros:		<input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Ciclista			
Tipo de lesiones:		<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves (con internación) <input type="checkbox"/> Mortal					
Examen de alcoholemia:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó					
Centro asistencial:		Traslado en Ambulancia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

**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