

DENUNCIA DE SINIESTRO • ANEXO II

Completar solo si existe más de un vehículo de Terceros involucrado

- :: 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°:

DETALLE DEL VEHICULO DEL TERCERO

PD	Sstro.	Aseguradora:	Póliza N°:		
		Propietario:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Tipo y N° de Doc.:
Cob.		Domicilio:	Teléfono:		
		Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
		Marca:	Modelo:	Tipo:	
		Patente:	Año:	N° Motor:	N° Chasis:
		Conductor habitual del vehículo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	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:			
		Exámen 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 N° de Doc.:
		Teléfono:	Domicilio:		
		Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
		Conductor habitual del vehículo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	Vencimiento: / /

DETALLE DEL VEHICULO DEL TERCERO

PD	Sstro.	Aseguradora:	Póliza N°:		
		Propietario:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Tipo y N° de Doc.:
Cob.		Domicilio:	Teléfono:		
		Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
		Marca:	Modelo:	Tipo:	
		Patente:	Año:	N° Motor:	N° Chasis:
		Conductor habitual del vehículo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	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 N° de Doc.:
		Teléfono:	Domicilio:		
		Cód. postal:	Localidad:	Provincia:	País:
		Conductor habitual del vehículo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro N°	Vencimiento: / /

**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