



## DENUNCIA DE SINIESTRO EMBARCACIONES DE PLACER

Este formulario deberá ser entregado a la aseguradora inmediatamente luego del siniestro.  
Esta Compañía no se responsabiliza por acuerdos realizados sin previa autorización.  
La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

### DATOS DEL SEGURO

Nombre del asegurado:	DNI/CUIL/CUIT N°:
Póliza N°:	Item N°:
Domicilio:	Ciudad:
Provincia:	País:
Tel. particular:	Tel. celular/contacto:
Tel. comercial:	e-mail:

### DATOS DE LA EMBARCACION

Nombre de la embarcación:			
Marca:	Modelo:	Año:	
Matrícula:			
Certificado de seguridad para embarcaciones deportivas N°:	Vencimiento:	/	/

### DATOS DEL CAPITAN O PATRON

Nombre:	Edad:					
Relación con el asegurado:	Teléfono:					
Domicilio:	Ciudad:					
Provincia:	País:					
DNI/CUIL/CUIT N°:	Habilitación náutica deportiva N°:	Categoría:				
Expedido por:	Vigencia desde:	/	/	Hasta:	/	/

El asegurado y/o conductor tiene alguna relación adicional con Meridional Seguros? Si  No

Empleado  Familiar de empleado  Proveedor  Familiar / empleado de proveedor  Productor / broker

### DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha:	/	/	Hora:	Lugar:
Puerto más cercano (para accidentes ocurridos durante la navegación):				
País:				
Al momento del accidente, ¿estaba la embarcación participando de alguna competencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Condiciones meteorológicas: <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Nublado <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Lluvia				
Viento: Velocidad: Cuadrante:				
Ubicación: <input type="checkbox"/> Río <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Océano <input type="checkbox"/> Lago-laguna <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Otros				

Importante: debe adjuntar a la presente denuncia el certificado de denuncia.

### DESCRIBA AQUI EL ACCIDENTE


### INDIQUE LA NATURALEZA Y EXTENSION DE LA PERDIDA O DAÑOS


### DATOS PARA INSPECCION DE LA EMBARCACION ASEGURADA

Fecha de inspección:	/	/	Nombre del taller naval/astillero/club:
Domicilio de inspección:			
Ciudad:	Provincia:	Teléfono:	

**EN CASO DE HALLARSE CUALQUIER OTRA EMBARCACIÓN IMPLICADA O BAJO CUSTODIA DE UN TERCERO, FACILITE DETALLES**

**DATOS DEL TERCERO (DAMNIFICADO O EMBISTENTE)**

Nombre:	Edad:	DNI/CUIL/CUIT N°:
Domicilio:	Teléfono:	
Tipo de damnificado:	Embarcación <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?

**DATOS DE LA EMBARCACION DEL TERCERO (COMPLETAR PARA EL CASO DE TERCERO EMBARCACION)**

Propietario:	DNI/CUIL/CUIT N°:	
Domicilio:	Teléfono:	
Nombre de la embarcación:		
Marca:	Modelo:	Año:
Matrícula:		
Certificado de seguridad para embarcaciones deportivas N°:	Vencimiento: / /	
¿Posee seguro? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compañía de seguros:	Póliza N°:

**DAÑOS A LA EMBARCACION DEL TERCERO**


Atención: si hay más de un tercero, completar los datos correspondientes a los terceros restantes utilizando formularios adicionales. No deberá llenar la parte correspondiente al asegurado, salvo en el primer formulario utilizado.

**TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

Nombre:	
Domicilio:	Teléfono:
Nombre:	
Domicilio:	Teléfono:

**¿Hubo personas lesionadas?** No  Si  (en caso afirmativo complete el siguiente cuadro)

	Sin lesiones (*)	Lesiones leves (*)	Lesiones graves (*)	Muerte(*)
En la embarcación asegurada				
En la embarcación del tercero				
Otros ¿Cuál?				

(\*) Indique la cantidad de personas según corresponda.

**LESIONES A TERCEROS**

1) Nombre del tercero lesionado:	Teléfono:
Domicilio:	Relación con el asegurado/conductor:
¿Fue hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Dónde?
Indique las lesiones:	
2) Nombre del tercero lesionado:	Teléfono:
Domicilio:	Relación con el asegurado/conductor:
¿Fue hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Donde?
Indique las lesiones:	
3) Nombre del tercero lesionado:	Teléfono:
Domicilio:	Relación con el asegurado/conductor:
¿Fue hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Dónde?
Indique las lesiones:	

Atención: si hay más de un tercero, completar los datos correspondientes a los terceros restantes utilizando formularios adicionales. No deberá llenar la parte correspondiente al asegurado, salvo en el primer formulario utilizado.

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 siniestro.

Lugar y fecha

Firma y aclaración