

DENUNCIA DEL SINIESTRO
RAMO AUTOMOTORES



POLIZA N°: 57/02/112372/002

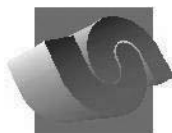
SINIESTRO N°: 57/02/033796

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|---|--------------------------------|--|--------------|
| 1 - DATOS DEL ASEGURADO | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido o Razón Social: VIVAS GONZALEZ, PABLO EDUARDO | | | | | | Documento Tipo: DNI. | | N°: 27766437 | |
| Domicilio: PASTEUR | | | | N°: 851 | | Teléfono: 0261 4630707 | | | |
| Localidad: LAS HERAS | | | C.P.: 5539 | | Provincia: MENDOZA | | | País: ARGENTINA | |
| 2 - DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO | | | | | | | | | |
| Patente: MLT565 | | Plan: X | | Marca y modelo: CHEVROLET SPIN 1.8 LTZ 5 AS | | | | | |
| Año: 2013 | | Tipo: AUTOMOVILES | | | Chassis N°: 9BGJF7560DB251866 | | | Motor N°: BK4003830 | |
| Color: | | Uso: Particular <input checked="" type="checkbox"/> | | Comercial ó Carga <input type="checkbox"/> | | Taxi o Remisse <input type="checkbox"/> | | Transp. Pub. <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> | | Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/> | |
| 3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: VIVAS GONZALEZ, PABLO EDUARDO | | | | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | | Documento Tipo: DNI. | | N°: 27766437 |
| Domicilio: PASTEUR | | | | N°: 851 | | Teléfono: 0261 4630707 | | | |
| Localidad: LAS HERAS | | | C.P.: 5539 | | Provincia: MENDOZA | | | País: ARGENTINA | |
| Estado Civil: CASADO | | Fecha Nacimiento: 04 /11 /1980 | | | Conductor Frecuente: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | N° Registro: 27766437 | | |
| Categoría: PEDIR AL S | | Vencimiento: 01 /08 /2022 | | | Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ocupación: Empleado | | | ¿El conductor es el propio Asegurado?: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar relación con el Asegurado: El mismo | | | | | | |
| 4 - DETALLES DEL SINIESTRO | | | | | | | | | |
| Fecha: 31 /07 /2022 | | Hora: 19 :50 | | Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input checked="" type="checkbox"/> | | Estado del tiempo: seco <input checked="" type="checkbox"/> lluvia <input type="checkbox"/> niebla <input type="checkbox"/> granizo <input type="checkbox"/> nieve <input type="checkbox"/> | | | |
| Lugar de ocurrencia: NECOCHEA 85 | | | | | | | | | |
| Localidad: MENDOZA | | | C.P.: 5500 | | Provincia: MENDOZA | | | País: ARGENTINA | |
| Tipo de lugar: Calle <input checked="" type="checkbox"/> Autopista <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Bocacalle <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Túnel <input type="checkbox"/> Sobre puente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Ruta N° _____ Km.: _____ Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Cruce con Ruta N° _____ Cruce señalizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Cruce de Tren <input type="checkbox"/> Barrera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cruce señalizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Estado de la barrera: Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Semáforo: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Funciona?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Color: Rojo <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Habilitan Giro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Tipo de calzada: Pavim. <input checked="" type="checkbox"/> Empedrado <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Ripio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estado de la calzada: Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Características del Lugar: Arterias señalizadas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Carteles de pare: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Reductores de velocidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Tipo de Accidente: Frontal <input type="checkbox"/> Posterior <input checked="" type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> En cadena <input type="checkbox"/> Vuelco <input type="checkbox"/> Desplazamiento <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Inmersión <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Daños c/la carga <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Colisión con: Peatón <input type="checkbox"/> Vehículo <input checked="" type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 5 - FORMA DE OCURENCIA (Detalle amplio) | | | | | | 6 - CROQUIS | | | |
| HICE MARCHA ATRAS CON BALIZA ENCENDIDA PARA ORILLARME SOBRE EL CORDON DERECHO PARA QUE DESCENDIERA ACOMPAÑANTE A A01CPASO DE HOMBREA01D E IMPACTE LA OPTICA Y PARAGOLPE (LADO DERECHO) DEL TAXI QUE SE DISPONIA A RECOGER PASAJERO. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | REMARCAR LINEAS VALIDAS - PONER NOMBRES A LAS CALLES | | | |
| | | | | Sentido de Circulación | | Punto de Impacto <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 7 - DATOS POLICIALES | | | | | | | | | |
| Cría.: | | N°: | C.P.: | Tipo: Provincial <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> | | Acta <input type="checkbox"/> | Folio <input type="checkbox"/> | N°: | |
| Causa Penal: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | N°: | Juzgado N°: | | Secretaría N°: | | Depto. Judicial: | | |
| 8 - DATOS DE TESTIGOS | | | | | | | | | |
| APELLIDO Y NOMBRE | | DOC. (Tipo y N°) | | DOMICILIO | | | TELEFONO | | |
| | | | | | | | | | |

POLIZA N°: 57/02/112372/002

SINIESTRO N°: 57/02/033796

| | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|----|--|--|-------------------------|--|----------------|
| 9 - DAÑOS Y/O FALTANTES DE LA UNIDAD ASEGURADA | | | | | | | | | |
| Ubicación del impacto: Parte frontal <input type="checkbox"/> Parte Lat. Derecha <input type="checkbox"/> Parte Lat. Izquierda <input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/> Parte Trasera <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Carácter de participación en el siniestro: Embestido <input type="checkbox"/> Embistente <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Incendio <input type="checkbox"/> Robo a mano armada <input type="checkbox"/> Robo estacionado en vía pública <input type="checkbox"/> Robo en garage / playa de estacionamiento <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DETALLADA: MARCA EN PARAGOLPE TRASERO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 10 - DAÑOS A TERCEROS | | | | | | | | | |
| DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1) | | | | | | | | | |
| Propietario: MARIA TERESA REINA | | | | | Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Documento Tipo: DNI . | | N°: |
| Domicilio: | | | | | Teléfono: 49999999 | | | | |
| Localidad: | | | C.P.: | | Provincia: | | | País: | |
| Estado Civil: | | | Fecha Nacimiento: / / | | | | | | |
| Patente: PHU252 | | Marca: CHEVROLET | | | Modelo: CLASSIC 4P | | | Color: A/D | |
| Año: 2015 | | Tipo: 01 -AUTO | | | Chassis N°: | | | Motor N°: | |
| Uso: Particular <input type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remis <input checked="" type="checkbox"/> Transp. Púb. <input type="checkbox"/> Servicios de Urgencia <input type="checkbox"/> Fuerza de Seguridad <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Asegurado en: ESCUDO SEG. | | | | | Póliza: | | Cobertura: | | |
| ¿El propietario es el conductor? SI <input type="checkbox"/> (Ingresar los datos que se indican a continuación) NO <input checked="" type="checkbox"/> (Continuar completando datos del conductor) | | | | | | | | | |
| N° Registro: | | Categoría: | | | Vencimiento: / / | | | | |
| Examen de Alcholemla: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEG0 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| DATOS DEL CONDUCTOR | | | | | | | | | |
| Apellido y Nombres: VIDELA CARLOS DELMO | | | | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | | Documento Tipo: DNI . | | N°: 17214206 |
| Domicilio: | | | | | Teléfono: | | | | |
| Localidad: | | | C.P.: | | Provincia: | | | País: | |
| Estado Civil: | | Fecha Nacimiento: / / | | | Conductor Frecuente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | N° Registro: | | |
| Categoría: | | Vencimiento: / / | | | Examen de Alcholemla: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NEG0 <input type="checkbox"/> | | | | |
| DAÑOS VEHÍCULO DEL TERCERO | | | | | | | | | |
| Ubicación del impacto: Parte Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Parte Lat. Derecha <input type="checkbox"/> Parte Lat. Izquierda <input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/> Parte trasera <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Descripción detallada: OCASIONANDO DESPRENDIMIENTO DE OPTICA | | | | | | | | | |
| 11 - DAÑOS MATERIALES A COSAS (MUEBLES Y/O SEMOVIENTES) | | | | | | | | | |
| Propietario: | | | | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Documento Tipo: | | N°: |
| Domicilio: | | | | | Teléfono: | | | | |
| Localidad: | | | C.P.: | | Provincia: | | | País: | |
| Tipo de cosa: | | | Ubicación (de la cosa): | | | | | | |
| Asegurado en: | | | Póliza: | | | | Cobertura: | | |
| Detalle de daños: | | | | | | | | | |
| Otros participantes: | | | | | | | | | |
| 12 - DATOS DEL DENUNCIANTE | | | | | | | | | |
| ¿El denunciante es el mismo que el conductor o que el Asegurado?: SI <input checked="" type="checkbox"/> (Continuar en el punto 13) NO <input type="checkbox"/> (completar los datos indicados a continuación) | | | | | | | | | |
| Apellido y Nombres: | | | | | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Documento Tipo: | | N°: |
| Domicilio: | | | | | Teléfono: | | | | |
| Localidad: | | | C.P.: | | Provincia: | | | País: | |
| 13 - LOS DATOS Y DEMAS REFERENCIAS QUE SE CONSIGNAN DEBAJO TIENEN CARACTER DE DECLARACION JURADA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| MENDOZA 3-8-2022 21:21 | | | | | | | | | |
| LUGAR FECHA Y HORA: | | | | | FIRMA CONDUCTOR O DENUNCIANTE | | | FIRMA ASEGURADO | |
| 14 - COBERTURAS AFECTADAS | | | | | 15 - ESTIMACION DE RESPONSABILIDAD | | | | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL: D/M <input checked="" type="checkbox"/> D/C <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> | | | | | ASEGURADO: % A DETERMINAR <input type="checkbox"/> E/ASEGURADOS <input type="checkbox"/> | | | | |
| ACC. TOTAL <input type="checkbox"/> | | PARCIAL <input type="checkbox"/> | | \$ | | 16 - GESTIONES | | | |
| INC. TOTAL <input type="checkbox"/> | | PARCIAL <input type="checkbox"/> | | \$ | | ACCESORIOS | | ADICIONALES | |
| ROBO TOTAL <input type="checkbox"/> | | PARCIAL <input type="checkbox"/> | | \$ | | ORDEN DE REPARACION <input type="checkbox"/> | | RECUPERO ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> | |
| DILIGENCIAS PARA MEJOR CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO: | | | | | | COD: 99999 | | | |
| | | | | | | FIRMA | | | |



**SEGUROS
RIVADAVIA**

Fotos del Siniestro

Siniestro: 57/033796 Fecha Ingreso Fotos: 03/08/2022 Hora: 21:22:23

