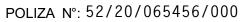
DENUNCIA DEL SINIESTRO

RAMO MOTO VEHICULOS







SINIESTRO N°: 52/20/002099

| 1 - DATOS DEL ASEGURADO | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Nombre y Apellido o Razón Social: VAZ | QUEZ, NAHUEL AGUSTIN | | Documento Tipo: DNI. | N°: 44767369 | | | |
| Domicilio:MANUEL DE OLIDEN | | Nº: 723 | Teléfono:0351 768664 | 45 | | | |
| Localidad: RENACIMIENTO | C.P.: 5000 F | Provincia: CORDOBA | Pa | aís: ARGENTINA | | | |
| 2 - DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO | | | | | | | |
| Patente:002FBX Plan:F Marca y modelo:H0NDA CG 125 FAN | | | | | | | |
| Año: 2011 Tipo: M0T0S T0D0 TIP0 Chassis N°:9C2JC30709R402524 Motor N°: JC30E79402524 | | | | | | | |
| Color: Uso: Particular Comercial ó Carga Taxi o Remisse Transp. Pub. Servicios de Urgencia Fuerza de Seguridad | | | | | | | |
| 3 - DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO | | | | | | | |
| Nombre y Apellido YAZQUEZ, NAHUEL | | Sexo: F M | | N°: 44767369 | | | |
| Domicilio:MANUEL DE OLIDEN | | N°:723 | Teléfono:03516800481 | | | | |
| LocalidadC0RD0BA | C.P.: 5000 F | ProvinciaCORDOBA | Pa | ís ARGENTINA | | | |
| Estado Civil:S0LTER0 Feci | ha Nacimiento: 10 Ø1 /1903 | Conductor Frecuente | e: SI NO No N° Regis | tro: 44767369 | | | |
| Categoría: A2 Vend | cimiento: 31 /12 /2021 | Examen de Alcoho | olemia: SI 🗌 NO 🔼 🥄 | SE NEGO | | | |
| Ocupación:Empleado | ¿El conductor es el propio As | segurado?: SI 🔼 NO 🗌 | Indicar relación con el Asegu | rado:El mismo | | | |
| | | ALLES DEL SINIESTRO | | | | | |
| Fecha: 09 /04 /2021 Hora: | 23 :30 Diurno Nocti | | npo: seco 🗌 Iluvia ሺ nieb | ıla 🔲 granizo 🔲 nieve 🔲 | | | |
| Lugar de ocurrencia: AGUSTIN GARZO | | | ,p-: 6666 <u> </u> | <u> </u> | | | |
| Localidad CORDOBA | | vincia: CORDOBA | País:ARGEI | NTINA | | | |
| Tipo de lugar: Calle 🔼 Autopista 🗌 | Avenida Bocacalle (| Curva Pendiente | Túnel Sobre puente (| Otros | | | |
| l ' | Nacional Provinc | | · | izado: SI∭ NO □ | | | |
| | arrera: SI 🗌 NO 🗍 Cru | | | | | | |
| | _ | SI NO Intermiter | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | |
| _ | lo□ Verde □ Hab | _ | 0 🗆 | | | | |
| · · | Empedrado Tierra | | | Regular Malo | | | |
| Características del Lugar: Arterias señal | | Carteles de pare: SI | NO Reductores de velo | | | | |
| Tipo de Accidente: Frontal Pos | | En cadena Vuelco | | ocidad. 31 140 | | | |
| <u> </u> | ncendio Explosión | | Otros | | | | |
| Colisión con: Peatón Vehículo | | | Animal Otros | | | | |
| 5 - FORMA DE OCURRENCIA (Del | | Columna — Edinor | | OQUIS | | | |
| VENIA CONDUCIENDO POR AGUSTIN GA | | 08 BLANCO. DOMINIO OT | 1 | 1 | | | |
| Y 080) HACE UNA MALA MANOBRIA DO RI NO COLOCANDO GUIÑO, EN EL INT | BLANDO HACIA LA IZQUIERDA | RUMBO A EMILIO SALGA | İ | İ | | | |
| SU MANOBRIA LA MOTO PÉGA EN EL C MALA MANIOBRA Y EL ACCIDENTE, LO | OSTADO DEL AUTO(GUARDARARI | ROS). DESPUES DE SU | i I | l I | | | |
| A Y ESPALDA, Y LAS DE MI ACOMPAÑ ODILLAS LESIONADAS. | ANTE HEBE LUCERO PERALTA, | DNI:43525283 AMBAS R | | 1 1 | | | |
| | | | | i | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | i | i | | | |
| | | | 1 1 | 1 1 | | | |
| | | | i i | i i | | | |
| | | | l I | l I | | | |
| | | | REMARCAR LINEAS VALIDAS - F | PONER NOMBRES A LAS CALLES | | | |
| | | | Vehículo Asegurado | Otros Vehículos | | | |
| - | 7 . | ATOC POLICIAL EC | Sentido de Circulación 🕏 | Punto de Impacto X | | | |
| la / | | DATOS POLICIALES | | | | | |
| Cría.: N°: | | oo: Provincial Feder | | N°: | | | |
| Causa Penal: SI NO N°: | ca_gaac | Secretaría N°: | Depto. Judicial: | | | | |
| APELLIDO VALGADOS | | ATOS DE TESTIGOS | 01110 | TELESONO | | | |
| APELLIDO Y NOMBRE | DOC. (Tipo y N°) | DOM | CILIO | TELEFONO | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

POLIZA Nº: 52/20/065456/000 SINIESTRO Nº: 52/20/002099
9 - DAÑOS Y/O FALTANTES DE LA UNIDAD ASEGURADA

| 9 - L | ANOS Y/O FALTAN | TES DE LA UNII | DAD ASEG | URADA | | |
|--|---------------------------------|----------------------|----------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Ubicación del impacto: Parte frontal Pa | rte Lat. Derecha 🛣 🏻 i | Parte Lat. Izquierda | Tech | o Parte Tra | asera 🗌 | |
| Carácter de participación en el siniestro: Embestion | do 🛚 Embistent | te 🗆 | | | | |
| Incendio Robo a mano armada Rob | o estacionado en vía pu | ública 🗌 Robo | en garage / p | olaya de estacionam | iento 🗆 | |
| DESCRIPCION DETALLADA: ESPEJO, PARAGO | LPE TRASERO, PEDA | AL, CHAPA DE C | OSTADO, PA | ARAGOLPE DELAN | ITERO, D | AÑOS |
| A VERIFICAR. | | | | | | |
| | | _ | | | | |
| | 10 - DAÍ | NOS A TERCER | os | | | |
| DETALLE DEL OTRO VEHICULO (1) | | | | T | | |
| Propietario: VICTOR ESTEBAN JUAREZ | | Sexo: F | □ м 🗓 | Documento Tipo: | | N°: 111 |
| Domicilio: XXX | | | | Teléfono: 00000 | I | |
| Localidad: CORDOBA | ' | rovincia: CORDOBA | | | País: AR | GENTINA |
| Estado Civil: | Fecha Nacimiento: | / / | | | Colori | |
| Patente: 0TY080 Marca: PEUGEOT Año: 2015 Tipo: 01-AUTO | Cha | ssis N°: | 308 1.6 A | Motor N° | | BLANCO |
| | | | vicios de Urg | | za de Seg | uridad |
| Asegurado en: OTRAS ASEGURADORAS | | ERIDIONAL | vicios de Orgi | Cobertura: 0046 | | undad 🗀 |
| | s datos que se indican a contin | | NO X | (Continuar completando | | anductor) |
| N° Registro: Categoría: | dates que se maisan a contin | Vencimiento: | / / | (Comunical Completation | | |
| | SE NEGO \square | I | | | | |
| DATOS DEL CONDUCTOR | | | | | | |
| ApellidoyNombres: MATIAS NAHUEL BASUALD | 0 | Sexo: F | х м 🗆 | Documento Tipo: | DNT. | N°: 38645950 |
| Domicilio: CORRIENTES 4355 | | T CONC. 1 | <u> </u> | Teléfono: 35111 | | 3331333 |
| Localidad: CORDOBA | C.P.: 5000 P | rovincia: CORDOBA | | | | GENTINA |
| Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimi | | | recuente: SI | I NO N° F | | 38645950 |
| Categoría: B1 Vencimiento: | 31/ 7/ 2024 | Examen de | Alcoholemia: | SI NO | _ | SE NEGO |
| DAÑOS VEHÍCULO DEL TERCERO | | ' | | | | |
| Ubicación del impacto: Parte Frontal Par | te Lat. Derecha | Parte Lat. Izquierda | X Tech | o Parte tras | sera 🗌 | |
| Descripción detallada: GUARDABARROS | | | | | | |
| | | | | | | |
| | OS MATERIALES A | | | - | | |
| Propietario: | | Sexo: F | □ м □ | Documento Tipo: | 1 | N°: |
| Domicilio: | T T | | | Teléfono: | I | |
| Localidad: | | rovincia: | | | País: | |
| Tipo de cosa: | + | (de la cosa): | | Cobertura: | | |
| Asegurado en: | Póliza: | | | Cobertura. | | |
| Detalle de daños: Otros participantes: | | | | | | |
| Onos participantes. | 12 - DATOS | S DEL DENUNCI | ANTE | | | |
| . [] damma isata as al misma anna al anadostan a m | | | | No \square | | |
| ¿El denunciante es el mismo que el conductor o qu Apellido y Nombres: | ie ei Asegurado?: | SI X (Continuar en e | | NO 🔲 (i | | datos indicados a continuación) N°: |
| Domicilio: | | Sexu. FL | | Teléfono: | 1. | • |
| Localidad: | C.P.: P | rovincia: | | Tololollo. | País: | |
| 13 - LOS DATOS Y DEMAS REFEREN | | SIGNAN DEBAJ | O TIENEN (| CARACTER DE I | | ACION JURADA |
| CORDOBA 12-4-2021 | 14:25 | | | | | |
| | | FIR | MA CONDUCTOR O | DENUNCIANTE | FI | RMA ASEGURADO |
| 14 - COBERTURAS | | | 15 - | - ESTIMACION D | E RESP | ONSABILIDAD |
| RESPONSABILIDAD CIVIL: D/M ACC. TOTAL PARCIAL \$ | ACCESORIOS | S. X ADICIONALES | ASEGURADO | | TERMINAR STIONE | |
| INC. TOTAL PARCIAL \$ | \$ | \$ | ORDEN DE | REPARACION | | ERO ADMINISTRATIVO |
| ROBO TOTAL PARCIAL \$ | \$ | \$ | ONDEN DE | | , LOUP | COD: 99999 |
| DILIGENCIAS PARA MEJOR CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO: | | | | | | 3000 |
| | | | | | | |

DENUNCIA DEL SINIESTRO

RAMO MOTOVEHICULOS





SINIESTRO Nº:52/20/002099

POLIZA N°: 52/20/065456/000

| LESIONADO (1) | | | | т = = | T | |
|---|--|--|--|--|--|---|
| Apellido y Nombres: VAZQUEZ NA | HUEL | | | Sexo: F M X | Documento Tipo: | DNI. N°: |
| Domicilio: | Т | | - | N°: | Teléfono: | |
| Localidad: CORDOBA | | C.P.: 5000 | Provinc | sia: CORDOBA | | País: ARGENTINA |
| Estado Civil: | Fecha Nacimie | ento: / / | Ex | camen de Alcoholemia: | SI NO 🛚 | SE NEGO 🗆 |
| Tipo de Lesión: Leve | Grave 📙 | Mortal 🔲 | Ce | entro Asistencial: NO SE | | |
| Relación con el Asegurado: | Peatón _ | Pasajer | o otro ve | híc. Conductor | otro vehíc. | Pasajero vehíc. asegurado X |
| LESIONADO (2) | | | | | | |
| Apellido y Nombres: HEBE LUCER | RO PERALTA | | | Sexo: F X M | Documento Tipo: | DNI. N°: 43525283 |
| Domicilio: | | | | N°: | Teléfono: | |
| Localidad: CORDOBA | | C.P.: 5000 | Provinc | ia: CORDOBA | | País: ARGENTINA |
| Estado Civil: | Fecha Nacimie | ento: / / | Ex | camen de Alcoholemia: | SI NO 🛽 | SE NEGO |
| Tipo de Lesión: Leve 🗓 | Grave \square | Mortal \square | Ce | entro Asistencial: NO SE | INFORMO | |
| Relación con el Asegurado: | Peatón | Pasajer | o otro ve | híc. Conductor | otro vehíc. 🗌 | Pasajero vehíc. asegurado 🛛 |
| LESIONADO | | | | | | |
| Apellido y Nombres: | | | | Sexo: F M M | Documento Tipo: | N°: |
| Domicilio: | | | | N°: | Teléfono: | |
| Localidad: | | C.P.: | Provinc | sia: | | País: |
| Estado Civil: | Fecha Nacimie | ento: / / | Ex | camen de Alcoholemia: | si 🗌 💮 no 🗌 | SE NEGO |
| Tipo de Lesión: Leve | Grave | Mortal | Ce | entro Asistencial: | | |
| Relación con el Asegurado: | Peatón | Pasajer | o otro ve | híc. Conductor | otro vehíc. | Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO | | | | | | |
| Apellido y Nombres: | | | | Sexo: F M M | Documento Tipo: | N°: |
| Domicilio: | | | | N°: | Teléfono: | 1 |
| Localidad: | | C.P.: | Provinc | | | País: |
| Estado Civil: | Fecha Nacimie | - | | | si 🗆 NO 🗆 | SE NEGO |
| Tipo de Lesión: Leve | Grave | Mortal | | entro Asistencial: | <u> </u> | JE NEGO L |
| ' | | - Wiertal 🗀 | 00 | | | |
| Relación con el Asegurado: | Peatón I | Pasaier | o otro ve | híc. I Conductor | otro vehíc. | Pasaiero vehíc, asegurado |
| Relación con el Asegurado: LESIONADO | Peatón _ | Pasajer | o otro ve | híc. Conductor | otro vehíc. | Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO | Peatón L | Pasajer | o otro ve | | 1 | |
| LESIONADO Apellido y Nombres: | Peatón L | Pasajen | o otro ve | Sexo: F M | Documento Tipo: | |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: | Peatón L | | | Sexo: F M N°: | 1 | . N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: | | C.P.: | Provinc | Sexo: F M N°: | Documento Tipo: Teléfono: | N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: | Fecha Nacimie | C.P.: | Provinc | Sexo: F M N°: | Documento Tipo: | . N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve | Fecha Nacimie | C.P.: | Provinc Ex Ce | Sexo: F M N°: N°: cia: camen de Alcoholemia: entro Asistencial: | Documento Tipo: Teléfono: | País: SE NEGO |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: | Fecha Nacimie | C.P.: | Provinc | Sexo: F M N°: N°: cia: camen de Alcoholemia: entro Asistencial: | Documento Tipo: Teléfono: | N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO | Fecha Nacimie | C.P.: | Provinc Ex Ce | Sexo: F M N°: N°: cia: camen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO rotro vehíc. | País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: | Fecha Nacimie | C.P.: | Provinc Ex Ce | Sexo: F M N°: N°: dia: dia: dia: dia: dia: dicin Conductor Sexo: F M M | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: | País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: | Fecha Nacimie Grave Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero | Provinc Ex Ceo otro ve | Sexo: F M N°: N°: cia: camen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor Sexo: F M N°: | Documento Tipo: Teléfono: SI NO rotro vehíc. | País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: | Fecha Nacimie Grave Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: | Province Ex Ce o otro ve | Sexo: F M N°: N°: Atamen de Alcoholemia: Antro Asistencial: Antro Asistencial: No: No: | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: | Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie | C.P.: onto: / / Mortal Pasajero C.P.: | Province Ex Ce o otro ve | Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chic. Conductor Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: | País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve | Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajere C.P.: ento: / / Mortal | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce Ce | Sexo: F M N°: N°: Admen de Alcoholemia: Antro Asistencial: N°: N°: Sexo: F M N°: N°: Admen de Alcoholemia: Antro Asistencial: | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: N°: País: SE NEGO |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: | Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie | C.P.: ento: / / Mortal Pasajere C.P.: ento: / / Mortal | Province Ex Ce o otro ve | Sexo: F M N°: N°: Admen de Alcoholemia: Antro Asistencial: N°: N°: Sexo: F M N°: N°: Admen de Alcoholemia: Antro Asistencial: | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO | Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajere C.P.: ento: / / Mortal | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce Ce | Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor Conductor Conductor Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. otro vehíc. | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: N°: País: País: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: | Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajere C.P.: ento: / / Mortal | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce Ce | Sexo: F M N°: N°: Mamen de Alcoholemia: Conductor Sexo: F M N°: N°: Sexo: F M Conductor N°: Sexo: F M Conductor Conductor N°: Sexo: F M Conductor N°: Sexo: F M Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: N°: País: País: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce Ce | Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor Conductor Conductor Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. otro vehíc. | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: N°: País: País: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajere C.P.: ento: / / Mortal | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce Ce | Sexo: F M N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor N°: dia: damen de Alcoholemia: entro Asistencial: chíc. Conductor Sexo: F M M N°: | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado N°: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado País: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: Lesionado: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón | C.P.: nto: / / Mortal Pasajere C.P.: nto: / / Mortal Pasajere C.P.: | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce o otro ve | Sexo: F | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: País: N°: País: N°: N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: Lesionado: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal C.P.: ento: / / Mortal Description: / / Mortal Des | Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve | Sexo: F M N°: dia: dia: dia: dia: dia: dia: dic. Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: | País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado País: País: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado SE NEGO País: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal C.P.: ento: / / Mortal Description: / / Mortal Des | Province Ex Province Ex Province Ex Ce o otro ve | Sexo: F M N°: dia: dia: dia: dia: dia: dia: dic. Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: | País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado N°: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado País: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: Lesionado: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal C.P.: ento: / / Mortal Description: / / Mortal Des | Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve | Sexo: F M N°: dia: dia: dia: dia: dia: dia: dic. Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: | País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado País: País: País: Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado Pasajero vehíc. asegurado SE NEGO País: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal C.P.: ento: / / Mortal Description: / / Mortal Des | Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve | Sexo: F M N°: dia: dia: dia: dia: dia: dia: dic. Conductor | Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: SI NO otro vehíc. Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: | País: País: N°: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Peatón Fecha Nacimie Grave Grave | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal C.P.: ento: / / Mortal Description: / / Mortal Des | Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve | Sexo: F M N°: dia: dia: dia: dia: dia: dia: dic. Conductor Sexo: F M N°: dia: di | Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: Teléfono: | País: País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal C.P.: ento: / / Mortal Description: / / Mortal Des | Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve Province Ex Coo otro ve | Sexo: F | Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Documento Tipo: Documento Tipo: | País: País: Pasajero vehíc. asegurado N°: País: SE NEGO Pasajero vehíc. asegurado |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / C.P.: | Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce o otro ve Province Province Province Province Province | Sexo: F | Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Documento Tipo: Documento Tipo: | País: País: Pasajero vehíc. asegurado N°: |
| LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: Estado Civil: Tipo de Lesión: Leve Relación con el Asegurado: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: LESIONADO Apellido y Nombres: Domicilio: Localidad: | Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón Fecha Nacimie Grave Peatón | C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / Mortal Pasajero C.P.: ento: / / C.P.: | Province Ex Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce o otro ve Province Ex Ce o otro ve | Sexo: F | Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: SI NO Documento Tipo: Teléfono: Documento Tipo: Teléfono: Teléfono: | País: País: Pasajero vehíc. asegurado País: País: País: País: País: País: Pasajero vehíc. asegurado País: |



CORDOBA, 12 DE ABRIL DE 2021

Señor/a: VAZQUEZ, NAHUEL AGUSTIN

Ref.: Siniestro Nro.: 52/002099 Fecha: 09/04/2021

Conductor: VAZQUEZ, NAHUEL AGUSTIN

De nuestra consideración:

Habiéndose producido lesionados en el accidente de la referencia, es factible que se instruya causa penal que involucre al conductor del coche asegurado.

Con el objeto de adoptar de inmediato todas las medidas legales para su mejor defensa es necesario que se informe a nuestra agencia más próxima cuál es el juzgado interviniente y la fecha y hora en que ha sido citado a prestar declaración.

Encareceremos toda la colaboración que se pueda prestar para asegurar la oportuna intervención de nuestra asesoria legal.

Atentamente.

por/ Seguros Bernardino Rivadavia Coop. Ltda.

Casa Central: Avenida 7 N° 755 Teléfono: (0221) 513-3200 - Telefax: (0221) 427-0550 - Fax: (0221) 425-4567 E-mail: info@segurosrivadavia.com - Web Site: www.segurosrivadavia.com

Form: F01.271



Fotos del Siniestro

Siniestro: 52/20/002099 Fecha Ingreso Fotos: 12/04/2021 Hora: 14:28:33





