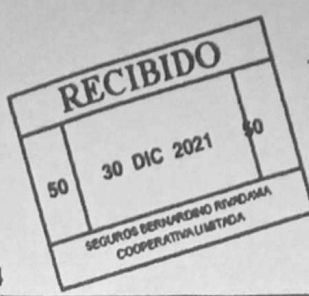


DENUNCIA DEL SINIESTRO
RAMO AUTOMOTORES

POLIZA N°: 55/02/831102/004



SINIESTRO N°: 50/02/098881

1 - DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre y Apellido o Razón Social: ALBARRACIN, CARLOS ERNESTO		Documento Tipo: DNI.	N°: 29997376
Domicilio: BUENOS AIRES 3500 MZA. D LT.		N°:	Teléfono: 0381 4853095
Localidad: SAN NIGUEL DE T	C.P.: 4000	Provincia: TUCUMAN	País: ARGENTINA
2 - DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO			
Patente: AE311NO	Plan P	Marca y modelo: FIAT CRONOS 1.3 DRIVE GSE PACK CONECTI.	
Año: 2020	Tipo: AUTOMOVILES	Chassis N°: 8AP359A32MU099508	Motor N°: 552820597507217
Color:	Uso: Particular <input checked="" type="checkbox"/> Comercial o Carga <input type="checkbox"/> Taxi o Remisá <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: SEBASTIAN LIEBY		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	Documento Tipo: DNI. N°: 28565636
Domicilio: SANTA FE 955		N°: 955	Teléfono: 0381 6530697
Localidad: SAN NIGUEL D	C.P.: 4000	Provincia: TUCUMAN	País: ARGENTINA
Estado Civil: CASADO	Fecha Nacimiento: 21 A1 /1980	Conductor Frecuente: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° Registro: 28565636
Categoría: B1	Vencimiento: 13 03 /2024	Examen de Alcoholemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SE NEGÓ <input type="checkbox"/>	
Ocupación: Comerciante	¿El conductor es el propio Asegurado?: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Indicar relación con el Asegurado: CURADO		
4 - DETALLES DEL SINIESTRO			
Fecha: 30 /12 /2021	Hora: 16 :45	Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Nocturno <input 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: RUTA 157 ALT AV ALVEAR			
Localidad: SIMOCA	C.P.: 4172	Provincia: TUCUMAN	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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Funciona?: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/>			
Color: Rojo <input checked="" type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Habilitan Giro: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Tipo de calzada: Pavím. <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 velocidades: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Tipo de Accidente: Frontal <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> En cadena <input checked="" type="checkbox"/> Vuelco <input type="checkbox"/> Desplazamiento <input type="checkbox"/>			
Inmersión <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Daños c/a 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 OCURRENCIA (Detalle amplio)		6 - CROQUIS	
<p>ME ENCONTRABA DETENIDO SOBRE LA RUTA 157 DEBIDO AL SEMAFORO, CUANDO UNA MOTO QUE CIRCULABA EN SENTIDO CONTRARIO AL MIO SOBRE LA RUTA 157, APARENTEMENTE CALCULO MAL AL INTENTAR SOBREPASAR POR LA IZO A OTRO VEH QUE CIRCULABA DELANTE DE LA MOTO EN SU MISMO SENTIDO, ES CUANDO LA MOTO IMPACTA CON LA PARTE LAT IZO DE ESTA EN EL LAT DEL IZO DE MI VEH, PRODUCTO DEL IMPACTO LA MOTO SE DESPLAZA HACIA SU DER, IMPACTANDO CON EL LAT DER DE LA MOTO EN EL LAT IZO DEL VEH QUE HABIA SOBREPASADO ANTERIORMENTE LA MOTO, SIGUIENTE A ESTO, LA MOTO VUELVE A DESPLAZARSE HACIA LA IZO, IMPACTANDO EN EL LAT TRAS IZO DE MI VEH. EN LA MOTO CIRCULABA SOLO EL CONDUCTOR, SIN CASCO, PRODUCTO DEL IMPACTO GOLPEA EL PARABRISAS DE MI VEH, PRESENTABA LESIONES GRAVES, INTERVINO POLICIA Y AMBU LANCIA QUIEN LO TRASLADA AL HOSPITAL DE SIMOCA Y LUEGO AL CENTRO DE SALUD DE S.M DE TUCUMAN.</p>		<p>REMARCAR LINEAS VALIDAS - PONER NOMBRES A LAS CALLES</p> <p>Vehículo Asegurado <input type="checkbox"/> Otros Vehículos <input type="checkbox"/></p> <p>Sentido de Circulación <input checked="" type="checkbox"/> Punto de Impacto <input checked="" type="checkbox"/></p>	
7 - DATOS POLICIALES			
Cria.:	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

Form. 01.209

V.2-2
Fechado por Pedro G...
ABOGADO
M. P. 8588 - L. O. F. ...
M. P. T...

Sr. Gerente

Seguros B. Rivadavia Cooperativa Limitada

Centro de Atención

En S.H.T. a los 13 días del mes de Noviembre de 2025 se presenta ante este Centro de Atención de Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Limitada, sito en Av. ... el Sr. L. S. y DNI 23515631 en su condición de asegurado/conductor, quien entrega en este acto a esta Aseguradora la cédula de notificación perteneciente a los autos: Cantas c/Lieb y otro, de trámite por ante el Juzgado N° 004 de la ciudad de ... la cual se corresponde con un traslado de demanda en su contra y cuyo monto excede el límite de cobertura asegurativa pactado en la Póliza ... Stro. 50/02/098881

55/02/831102/004
Declaro el asegurado conocer en todos sus términos la póliza mencionada, la que ha recibido en tiempo y forma, y que en consecuencia le consta que por tal circunstancia (exceso de la suma asegurada) se encuentra facultado para hacerse representar con un abogado de su elección y a su entero costo (Cláusula CG RC 3.1).

No obstante dicha potestad, el asegurado manifiesta aceptar la representación del letrado designado por la Aseguradora, debiéndose estar en cuánto a dichas costas a lo dispuesto a lo dispuesto mediante Cláusula CG RC 4.1.

Resulta oportuno señalar que la aseguradora habrá de otorgar cobertura hasta el límite de Responsabilidad Civil dispuesto por la resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación vigente al momento del dictado de la Sentencia Judicial condenatoria o acuerdo conciliatorio, para el mismo tipo de vehículo y uso.

Manifiesta asimismo el asegurado estar en conocimiento, conforme lo dispone las disposiciones contractuales, que la Aseguradora podrá en cualquier tiempo declinar en el juicio la defensa del asegurado o conductor asegurado conforme condiciones de póliza citada y/o ley 17418.

El Asegurado firma la presente corroborando la veracidad de las circunstancias relatadas en el texto precedente.

FIRMA ASEGURADO _____

ACLARACIÓN _____

Lieb, Sebastián Hector