

DENUNCIA DEL SINIESTRO

Sección Automotores

PRODUCTOR _____ POLIZA N° _____ PATENTE N° _____

FECHA DEL SINIESTRO / / Hora: _____

LUGAR DEL SINIESTRO:

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____ Calle: _____
 N°: _____ Intersección de: _____ y _____, Ruta N° _____ Km _____ Nacional/
 Provincial _____ Cruce con ruta N° _____
 Hubo intervención policial _____ Hubo Sumario _____ Comisaría N° _____

Choque _____ Vuelco _____ Incendio _____ Daños a cosas o inmuebles _____ Robos Parciales _____

Con Lesiones y/o muertes _____ Siniestro de Reposición _____

Descripción del hecho:

.....

ASEGURADO

Nombre y Apellido o Razón Social:

Tipo y N° documento:

Estado Civil:

Teléfono:

Celular:

Domicilio:

C.P.:

Loc.:

Prov.:

País:

mail:

CONDUCTOR (En caso de que sea diferente al asegurado)

Nombre y Apellido:

Tipo y N° documento:

Domicilio:

Tel.:

C.P.:

Loc.:

Prov.:

País:

Estado Civil:

Edad:

Fecha de nacimiento: / /

Conductor habitual del vehículo? SI / NO

Registro N°:

Categoría:

Vencimiento: / /

TERCERO

Tipo y N° documento:

Domicilio:

C.P.:

Loc.:

Prov.:

Estado Civil:

Teléfono:

Celular:

Fecha de nacimiento: / /

Registro N°:

Vencimiento: / /

VEHICULO :

Patente:

Es el propio asegurado?

Relación con el asegurado:

Presente con este formulario la Cédula Verde del vehículo y el Registro de Conductor dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente por mail a denunciassinistros@libertyseguros.com.ar o por fax al (011) 4104-0015

EN CASO DE EXISTIR LESIONADOS COMUNICARSE DE INMEDIATO CON LA COMPAÑÍA

0800-222-3700.

Liberty Seguros Argentina S.A.

Leandro N. Alem 518

Ciudad Autónoma de Buenos Aires – República Argentina



VEHICULO DEL TERCERO:

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Modelo: _____
Dominio: _____ Motor N°: _____ Chasis N°: _____
Uso del vehículo : Particular Comercial o carga Taxi o remis Transporte público
Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

DAÑOS DEL VEHÍCULO

Detallar:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LESIONES A TERCEROS (1)

Nombre y Apellido: _____ Tipo y N° documento: _____ Tel.: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: / / Relación con el asegurado
Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal
Examen de alcoholemia: SI / NO / Se negó
Centro asistencial: _____

LESIONES A TERCEROS (2)

Nombre y Apellido: _____ Tipo y N° documento: _____ Tel.: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: / / Relación con el asegurado
Tipo de lesiones Leves Graves (con internación) Mortal
Examen de alcoholemia: SI / NO / Se negó
Centro asistencial: _____

Presente con este formulario la Cédula Verde del vehículo y el Registro de Conductor dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente por mail a denunciassinistros@libertyseguros.com.ar o por fax al (011) 4104-0015
EN CASO DE EXISTIR LESIONADOS COMUNICARSE DE INMEDIATO CON LA COMPAÑÍA

0800-222-3700.

Liberty Seguros Argentina S.A.
Leandro N. Alem 518
Ciudad Autónoma de Buenos Aires – República Argentina