



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: _____ Domicilio: _____
Tipo y N° documento: _____
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