

|              |           |      |               |
|--------------|-----------|------|---------------|
| Nº Siniestro | Asegurado |      |               |
| Nº Teléfono  | Dirección |      |               |
| PÓLIZA       | ANEXO     | ITEM | AGENTE BROKER |

### VEHÍCULO ASEGURADO

|  |        |                |       |
|--|--------|----------------|-------|
| Marca  | Modelo | Tipo           | Color |
| Placas   | Motor  | Chasis         | Año   |
| NOMBRE DEL CONDUCTOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE Y EDAD |        |                |       |
| Nombre   | C.I.   | Edad           |       |
| Licencia Nº  | Tipo   | Vigencia desde | Hasta |

### DETALLE DE LOS DAÑOS

---



---



---

DONDE SE HALLA EL VEHÍCULO PARA SU INSPECCIÓN

---



---

### DATOS DEL ACCIDENTE

|       |       |      |
|-------|-------|------|
| Lugar | Fecha | Hora |
|-------|-------|------|

INDIQUE DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

---



---



---

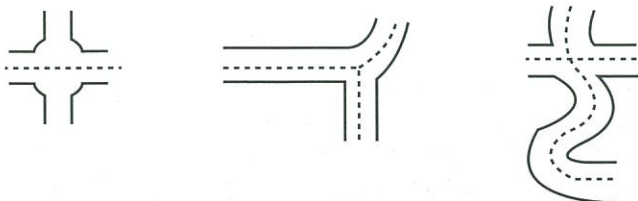
A JUICIO DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO, QUIÉN ES EL RESPONSABLE DEL ACCIDENTE?

---



---

CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE



Márquese en uno de los gráficos la posición del choque y la víctima, y la dirección que cada uno llevaba o la de ambos, especificando los nombres de las calles y/o avenidas

**DATOS SOBRE EL CONTRARIO**

|             |              |                             |                             |                   |           |
|-------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------|
| Propietario |              |                             |                             | Teléfono          |           |
| Conductor   |              | Dirección                   |                             |                   | Teléfono  |
| Marca       | Tipo         |                             | Placas                      | Matrícula         | Color     |
| Año         | Tiene Seguro | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Nombre Cia. Aseg. | Nº Póliza |

INTERVINIERON OTROS VEHÍCULOS O RESULTARON PERJUDICADOS, FACILITE DATOS.

DETALLE LOS DAÑOS

DÓNDE SE HALLA EL VEHÍCULO PARA SU INSPECCIÓN?

INDIQUE SI HAY TESTIGO (S) DEL ACCIDENTE Y QUE AUTORIDAD (ES) INTERVINIERON

**DAÑOS CORPORALES (INDICAR NOMBRES, DIRECCIONES Y DONDE RECIBEN ASISTENCIA MÉDICA)**

|         |            |             |          |
|---------|------------|-------------|----------|
| Familia | Parentesco | Amigo/socio | Empleado |
|---------|------------|-------------|----------|

INDIQUE LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO

OBSERVACIONES

EL QUE SUSCRIBE DECLARA QUE LOS DATOS SON VERDADEROS EN TODAS SUS PARTES

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA TERCERO

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO HA SIDO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS CON RESOLUCION No 77-55 - S. Del 31 de Mayo de 1977

**LA FALSA DECLARACIÓN, FRAUDULENTO O ENGAÑOSA PRODUCIRÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A INDEMNIZACIÓN**

[www.liberty.ec](http://www.liberty.ec)

 /LibertySeguros

Quito

Guayaquil

Cuenca

Manta

Sto. Domingo