



Seguros Caracas
de Liberty Mutual

DECLARACION COMPLEMENTARIA DE SINIESTROS POR PERDIDAS TOTALES

Lugar de Ocurrencia del Stro: _____
 Calle, Avenida: _____
 Urbanización: _____, Municipio: _____ Estado: _____
 Puntos de referencias: _____

Señale si existen testigos presenciales del siniestro: Si _____ No _____
 Nombre: _____ C.I. _____
 Dirección: _____ Tlf: _____
 Nombre: _____ C.I. _____
 Dirección: _____ Tlf: _____

Para el momento de ocurrencia del Siniestro, se encontraba en compañía de alguna persona: Si No

ACOMPANANTES	DIRECCION	TELEFONOS

Especifique en que lugar se encontraba o dirigía cuando sucedió el hecho: _____

Sufrió lesiones Ud. o algunos de sus acompañantes en el momento de ocurrencia del siniestro: Si No
 Lugar en que le prestaron la asistencia médica: _____

Denunció el hecho ante las autoridades competentes: Si No
 Indique ante qué la autoridad policial: _____
 N° de Expediente: _____ N° de denuncia: _____ Fecha Notificación: _____
 Indique Hora exacta en que ocurrió el siniestro: _____ En caso de Hurto o Robo, Indique que sistemas de seguridad se encontraban instalados para el momento del siniestro: _____
 Señale si ha sido víctima anteriormente de un robo o Hurto: Si No:
 Dónde estacionó los últimos 7 días su vehículo: _____

Cuáles sistemas estaban activados para el momento del siniestro: (marque con una X)
 Alarma: Trancapalanca: Bóveda: Otros: Especifique: _____
 Si su vehículo posee Sistema de Localización, indique la fecha y hora en que notificó el siniestro: _____
 Que vía utilizó para realizar la notificación: _____

Otro Comentarios y Observaciones que usted, considere importante aportar: _____

Nombre y firma del asegurado:
 Fecha:

Firma del Conductor:
 Fecha: