

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°: _____ Trámite N°: _____

Persona Natural

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

N° Identificación: _____ Teléfono(s): _____ e-mail: _____

Persona Jurídica

Nombres de la Empresa: _____ RUC N°: _____

DATOS DEL PERJUDICADO / RESPONSABILIDAD CIVIL**Persona Natural**

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____ e-mail: _____

Relación con el asegurado: _____ ¿Con qué compañía tiene asegurado su vehículo? _____

Persona Jurídica

Nombres de la Empresa: _____ RUC N°: _____

Propiedad Dañada: Si No En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántas? _____**Lesionado:** Si No En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos? _____**Muertos:** Si No En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos? _____

Hospital donde fueron atendidos: _____

DATOS GENERALES (para Asegurados y Perjudicados)**Persona que gestionará el reclamo**

Nombres y Apellidos: _____

N° Identificación: _____ Teléfono(s): _____ e-mail: _____

Indicar el medio el medio por el cual le enviaremos notificaciones de su reclamo:

E-mail Llamada telefónica Mensajería de texto Documentación física **Datos del conductor del Vehículo**

Nombres y Apellidos: _____

Teléfono(s): _____ N° de Licencia: _____ Categoría: _____

Descripción del Vehículo

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Placa: _____

N° de chasis: _____ N° de motor: _____

DATOS DEL ACCIDENTE (para Asegurados y Perjudicados)

Fecha: _____ Hora: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____

Dirección exacta de la ocurrencia: _____

Actividad específica que desempeñaba el vehículo al momento del accidente (USO): _____

¿Tuvo conocimiento la Policía? Si No Si su respuesta es Si, indique la delegación policial que le atendió: _____ Si su respuesta es No, explique el por qué: _____

Describa el Accidente: _____

Dirección donde está el vehículo afectado si no puede rodar: _____

Hago (hacemos) constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, verídicas y que cualquier declaración falsa o inexacta anula este reclamo y la póliza afectada.

Así mismo autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por **Seguros LAFISE S.A.**, como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por **Seguros LAFISE S.A.**, con mis nombres, apellidos e histórico clínico, en caso de sufrir un accidente.

No realizar reparación alguna sobre el bien objeto del siniestro, hasta que éste sea inspeccionado por el Inspector de Seguros y sea autorizada la reparación por **Seguros LAFISE S.A.**, de lo contrario no reconoceremos ni asumiremos la reparación, quedando **Seguros LAFISE S.A.** exonerada de toda responsabilidad.

Estoy (estamos) enterado(s) que la presentación de esta declaración no significa reconocimiento de los derechos que eventualmente ampara la póliza, ni aceptación de hechos en que pueda fundarse este reclamo y que la decisión de la Compañía será notificada por escrito después del análisis del reclamo.

Firmo en la Ciudad de: _____ el día: _____

Firma del conductor

Firma del Asegurado y/o dueño y sello
en caso de persona jurídica