

I. ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA

La solicitud de seguro es la base del contrato. Si el Contratante y/o el Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o Póliza emitida por Seguros LAFISE, podrá resolverlo dentro de los treinta (30) días siguientes de haber recibido el contrato o Póliza, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la modificación de las condiciones del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o contrato.

En caso de ocurrir un siniestro antes de solicitada y/o aceptada por Seguros LAFISE cualquier rectificación o modificación durante el tiempo establecido en el párrafo anterior, ambas partes se sujetarán a lo establecido en la Póliza. Se sujetarán a lo establecido en la Solicitud cuando, las condiciones de la Póliza de Seguros no concuerden con la solicitud del Contratante y/o el Asegurado, habiendo éste pagado la prima correspondiente a lo solicitado.

II. PROCEDIMIENTO EN CASOS DE SINIESTROS

1. Dar aviso del Siniestro: El usuario, el intermediario de seguros o cualquier persona deberá dar aviso del siniestro a la aseguradora, por los medios establecidos en la póliza y en el plazo de tres días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia o cuando lo haya conocido o debido conocer.

• Canales para notificación de siniestros:

a) Llamando a Asistencia Seguros LAFISE: 1800 4040 (opción 2) las 24 horas

b) Llamando a Call Center 2255 8484 (opción 2), en horario laboral

c) A través de WhatsApp: +505 8794 4040 (opción 3)

d) A través de correo electrónico a la siguiente dirección: reclamos-slnt@seguroslafise.info

e) Notificándose a través de nuestra página web en <https://www.lafise.com/sln/Gestiones-de-reclamo/index.html>

f) Presentándose al Centro de Atención de Reclamos (CAR): de lunes a viernes de 8:00 AM a 5:00 PM y los sábados de 8:00 AM a 12:00 PM, dirección de la Rotonda «El Periodista», 600 metros al este, Managua

g) Presentándose a las oficinas Centrales de Seguros LAFISE o a través de nuestro representante de Seguros LAFISE ubicado en cualquier sucursal de Banco LAFISE Bancentro, en horarios de oficina.

2. Requisitos Generales que debe entregar a Seguros LAFISE para dar trámite al RECLAMO:

En caso de Fallecimiento Pólizas Individuales:

1. Formato de declaración de muerte (aviso oficial de muerte) completado por los beneficiarios (original)

2. Perfil integral del beneficiario final

3. Fotocopia del certificado individual o solicitud del seguro (completado por el asegurado)

4. Certificado de Defunción emitido por la Alcaldía (original)

5. Fotocopia de la Constancia de Defunción, (SINEVI), emitido por el MINSA
6. En caso de muerte por accidente o cualquier delito, Certificado de Tránsito y/o Constancia Policial y Dictamen Médico Legal
7. Resumen Clínico, Epicrisis Médica, resultado de exámenes realizados
8. Fotocopia de cédula de identidad del asegurado y beneficiarios
9. Beneficiarios menores de edad: Certificado de Nacimiento y fotocopia de cédula del tutor de los menores
10. Documento que demuestre el parentesco con el asegurado

En caso de Fallecimiento Pólizas Colectivas de Vida:

1. Formato de Declaración de Muerte (Aviso oficial de Muerte) completado por los beneficiarios (original)
2. Perfil integral del Beneficiario final
3. Fotocopia del Certificado individual (Completado por el Asegurado)
4. Certificado de Defunción emitido por la Alcaldía (Original)
5. Fotocopia de la Constancia de Defunción, (SINEVI), emitido por el MINSA
6. En caso de muerte por accidente o cualquier delito, Certificado de Tránsito y/o Constancia Policial y Dictamen Médico Legal
7. Resumen Clínico, Epicrisis Médica, resultado de exámenes realizados
8. Fotocopia de Cédula de identidad del Asegurado y Beneficiarios
9. Beneficiarios menores de edad: Certificado de Nacimiento y fotocopia de cédula del tutor de los menores
10. Documento que demuestre el parentesco con el asegurado
11. Fotocopia de la Liquidación final y de la Planilla de Pago del mes del fallecimiento

En caso de incapacidad Total y permanente:

1. Completar formulario de reclamo por incapacidad por el asegurado, contratante y médico tratante (original)
2. Perfil integral del beneficiario final
3. Fotocopia del certificado individual (completado por el asegurado)
4. Resumen clínico emitido por el centro y/o médico tratante
5. Resolución de pensión emitida por el INSS
6. Fotocopia de carta de cesantía emitida por el INSS
7. En caso de accidente de tránsito: certificado de accidente de tránsito y Dictamen Médico Legal
8. Fotocopia de cédula de identidad del asegurado
9. Fotocopia de certificado de Nacimiento
10. Fotocopia de liquidación final
11. Fotocopia de planilla de pago del mes en que INSS declaró la incapacidad total y permanente

En caso de Incapacidad Permanente por Accidente:

1. Completar formulario de reclamo por incapacidad por el asegurado, contratante y médico tratante y formulario de accidente (original)
2. Resumen clínico emitido por el centro y/o médico tratante
3. Epicrisis médica, resultado de exámenes realizados
4. Resolución de pensión emitida por INSS en caso que aplique
5. En caso de accidente de tránsito: certificado de accidente de tránsito y Dictamen Médico Legal
6. Fotocopia de cédula de identidad del asegurado
7. Fotocopia de certificado de nacimiento

Gastos Médicos por Accidentes:

Vía Red Médica:

- Acudir a cualquiera de los Hospitales de la Red Médica dentro de los primeros 3 días de ocurrido el accidente
- Presentarse a sala de emergencia con su identificación e indicar en admisión que es Asegurado de Seguros LAFISE

Vía Reembolso:

- Acudir a una clínica o médico privado
- Notifica a la compañía el accidente en un plazo máximo de 5 días de ocurrido
- Asumir el pago correspondiente a los gastos médicos incurridos en el accidente
- Presentar a la compañía y cumplir con los requisitos especificados según la cobertura de reembolso de gastos médicos:

1. Formato de declaración de accidente, completado por asegurado (original)
2. Perfil integral del beneficiario final
3. Certificado de Tránsito y Dictamen Médico Legal (accidente de tránsito)
4. Resumen clínico
5. Epicrisis Médica, resultado de exámenes realizados
6. Prescripción Médica (recetas), recibo de honorarios médicos, facturas, (originales todos)
7. Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado y beneficiarios o tutor

3. Horarios de Atención Reclamos:

Lunes a viernes: 8:00 A.M. – 5:00 P.M.
Sábados: 8:00 A.M. – 12:00 P.M.

4. Importante:

- Si el siniestro o fallecimiento ocurre en el exterior, los documentos deben venir debidamente autenticados, o apostillados y traducidos al idioma español
- Para el Trámite del reclamo el contratante del seguro deberá estar al día en el pago de la prima del seguro
- La pronta entrega de los requisitos, nos permitirá agilizar el análisis del caso y su resolución
- La entrega de los requisitos no representa obligación de pago alguno de la compañía, prevaleciendo el cumplimiento de las Condiciones Generales, Particulares y de los Adendos de la Póliza
- La Compañía se reserve el derecho de solicitar más información relacionada al reclamo, siempre y cuando se trate de nuevos hechos o sobrevenidos

5. Quejas, sugerencias o expresar su satisfacción con nuestros servicios

- Llamar al teléfono: 2255 8484 extensión 5709
- También puede escribir al correo: sugerencias-SLNI@lafise.com

III. RECLAMOS ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES FINANCIERAS (SIBOIF)

(De acuerdo al Artículo N° 49 de la Norma de Transparencia en las Operaciones Financieras)

Una vez notificada o informada de manera escrita con acuse de recibido la respuesta del reclamo por parte de la institución y esta fuera negativa, o cuando esta no respondiere, el cliente dispondrá de un plazo de treinta (30) días calendarios, contando a partir de la fecha de recepción de la respuesta o de la fecha en que la institución debió haber respondido, para presentar de manera escrita su reclamo ante el Superintendente, El reclamo intentado fuera del plazo anterior se considera inadmisibile.

