FORMULARIO DE RECLAMACION

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol: ☐ Contratante ☐ Afianzado ☐ Asegurado ☐ Acreedor ☐ Reasegurador ☐ Intermediario
☐ Beneficiario ☐ Apoderado ☐ Proveedor ☐ Corredor de Reaseguro ☐ Otro. _____

ID Cliente | Categoría Riesgo

ID Acreedor | Categoría Riesgo

No. Trámite | No. Siniestro | No. Póliza

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos | Nombres

No. Identificación | No. R.T.N.

Tipo Identificación: ☐ Cédula ☐ Pasparte ☐ Residencia | No. Seguro Social

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia | Avenida | Calle

Bloque No. | Casa / Edificio No. | Municipio

Departamento | País

Otras referencias de la dirección

Contacto

Tel. Casa | Correo Personal

Celular | Forma de Contacto: ☐ Tel. Casa ☐ Celular ☐ Correo electrónico

Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? ☐ Si ☐ No

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Dirección de la Empresa

Barrio / Colonia | Avenida | Calle

Bloque No. | Edificio No. | Municipio

Departamento | País

Otras referencias

Persona que getionara el reclamo

Apellidos | Nombres

Relacion/Puesto | Identidad

Correo Electrónico | RTN

3. ¿Posee Seguros del bien afectado con otra compañía? ☐ Si ☐ No

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

4. Datos de la Poliza

No. Póliza

Ramo

Vigencia

Desde: _____ (Mes Día Año) **Hasta:** _____ (Mes Día Año)

5. Declaracion del Siniestro

Direccion del Siniestro	
Fecha y Hora del Siniestro	
Como llego a conocimiento del Siniestro	
Medidas de resguardo de los bienes	
Medidas de mitigacion de los daños	
Medidas post-siniestro	
Causa probable del siniestro	
¿Se notifico a la autoridad competente del siniestro?	☐ Si ☐ No Motivo (En caso de ser no):

6. Especificación del Riesgo Siniestrado

I. Datos del Objeto Afectado

Descripción del Objeto Afectado

Tipo de daño sufrido | Ubicación del bien | Resguardo de los bienes post siniestro

7. Detalle de los Bienes Afectados

Tipo de Bien	Daño sufrido	Ubicación	Estado del bien (Previo al	Resguardo	Valor estimado de la
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. La información que he suministrado en este formulario es veraz y verificable.
3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado la relación según se indica en el articulo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.
4. Hago constar que conozco, doy fe de haber leído, entendido y que por tanto acepto todas y cada una de las condiciones generales y especiales que forman parte de la póliza.

Autorizo a Seguros Lafise Honduras, Sociedad Anónima (Seguros Lafise, S.A.) para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las declaraciones que sustentan este reclamo.

Por este medio certifico que los datos que anteceden son veridicos y cabales, según mi real saber y entender y autorizo a cualquier entidad y autoridad que suministre a la Compañía de seguros cualquier informacion, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE FORMULARIO.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado o Del Representante Legal: _____