Seguros LAFISE

AVISO DE SINIESTRO EQUIPO CONTRATISTA

I. DATOS GENERALES

Póliza Nº: _____ Trámite Nº: _____ Reclamo Nº: _____

II. DATOS DEL RECLAMANTE

¿Persona que gestionará el reclamo?

Nombres y apellidos: _____

Nº Identificación: _____ Teléfono(s): _____

E-mail: _____

Relación con el asegurado: _____

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

☐ Correo electrónico ☐ Llamada telefónica ☐ Mensajería de texto ☐ Documentación física

III. PERSONA NATURAL ASEGURADA

Nombres y apellidos: _____

Nº Identificación: _____ Teléfono(s): _____

E-mail: _____ Dirección: _____

_____

IV. PERSONA JURÍDICA ASEGURADA

Nombres de la empresa: _____ RUC: _____

Teléfono(s): _____ Dirección: _____

_____

Nombres y apellidos del representante legal: _____

Nº Identificación: _____ E-mail: _____

V. DATOS DEL OPERADOR DEL EQUIPO

Nombres y apellidos: _____

Nº Identificación: _____ Nº de licencia: _____

Categoría: _____

VI. DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Placa: _____ Tipo de vehículo: _____ Nº de chasís: _____

Nº de motor: _____ Describa los daños: _____

_____

_____

Acitividad específica que desempañaba el equipo asegurado al momento del accidente (uso): _____

_____

Centro de Atención de Reclamos, km 6.5 carretera a Masaya, Edificio COBIRSA I, 3er Piso, Managua, Nicaragua
Apdo. N° MR-170 8794-4040 • PBX: (505) 2255-8484 • E-mail: *reclamos-danos-SLNI@seguros.lafise.com*
N° RUC: J0310000000999

VII. DATOS DEL ACCIDENTE

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

Dirección exacta de ocurrencia: _____

_____

_____

De donde venía: _____ Hacía donde se dirigía: _____

Describa las circunstancias en que se dio el siniestro: _____

_____

_____

_____

¿Tuvo conocimiento la Policía? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta es «Si», indique delegación policial que le atendió: _____

Si su respuesta es «No» explique por qué:

_____

_____

Lesionados: ☐ Si ☐ No En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuántos?: _____

Muertos: ☐ Si ☐ No En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuántos?: _____

Complete la siguiente información de los terceros involucrados en el accidente, indicando en la tercera columna el estado del mismo, lesionado o fallecido.

Nombre y apellido	Cédula	Estado

Hospital donde fueron atendidos: _____

Hubo mediación: ☐ Si ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, describa lo acordado: _____

_____

_____

_____

_____

Dirección donde está el equipo: _____

_____

En caso de tratarse de daños a terceros (Responsabilidad Civil)

Descripción del objeto afectado: _____

_____

_____

_____

Centro de Atención de Reclamos, km 6.5 carretera a Masaya, Edificio COBIRSA I, 3er Piso, Managua, Nicaragua
Apdo. N° MR-170 8794-4040 • PBX: (505) 2255-8484 • E-mail: *reclamos-danos-SLNI@seguros.lafise.com*
N° RUC: J0310000000999

Describa los daños: _____

_____

_____

_____

_____

Nombres y apellidos del propietario: _____

Nº de identificación: _____ Teléfono(s):_____ E-mail:_____

Dirección: _____

_____

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

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.

IMPORTANTE: No realizar reparación alguna sobre el (los) bien (es) objeto (s) del siniestro, hasta que éste (os) sea (n) inspeccionado (s) por el Inspector de Seguros y sea autorizada la reparación por Seguros LAFISE, de lo contrario no reconoceremos ni asumiremos la reparación (es), quedando Seguros LAFISE exonerada de toda responsabilidad.

Firmado en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ de año 20____

_____
Firma del operador

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

Centro de Atención de Reclamos, km 6.5 carretera a Masaya, Edificio COBIRSA I, 3er Piso, Managua, Nicaragua
Apdo. N° MR-170 8794-4040 • PBX: (505) 2255-8484 • E-mail: *reclamos-danos-SLNI@seguros.lafise.com*
N° RUC: J0310000000999