Seguros LAFISE

AVISO DE SINIESTRO POR FALLECIMIENTO Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Fecha: _____/_____/_____

I. DATOS GENERALES

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

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

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

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____ Nº cédula: _____

Lugar de nacimiento (ciudad y país): _____ Fecha de nacimiento: _____

¿De qué documento se obtuvo la fecha anterior? _____

Dirección domicilio al momento de su muerte:

_____

Ocupación cuando contrató la póliza: _____

Estatus laboral al momento de fallecer: ☐ Activo ☐ Jubilado

En caso de ser jubilado indique el tipo: ☐ Vejez ☐ Invalidez

Ocupación al fallecer:_____

Estado Civil al fallecer: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión de hecho estable

III. DATOS DEL FALLECIMIENTO

Unidad médica donde falleció:_____ Ciudad:_____

Fecha de ingreso a la unidad médica: _____/_____/_____ Fecha de fallecimiento: _____/_____/_____

Causa de la muerte (mencionando enfermedades, no circunstancias):

_____

_____

_____

¿Cuánto tiempo duró la enfermedad que le causó la muerte al asegurado?_____

_____

¿En qué fecha se presentaron los primeros indicios de la decadencia de su salud? _____/_____/_____

Mencione los hechos relacionados con la causa y circunstancias de la muerte del asegurado:

_____

_____

_____

¿En qué unidad de salud o clínica particular, se atendía o pasaba consulta el asegurado?

Nombre de la clínica o unidad: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____

Nombre del doctor que le atendía: _____

El asegurado (a):

¿Tomaba licor?	☐ Si	☐ No
¿Tomaba en exceso?	☐ Si	☐ No
¿Estaba ebrio al momento de fallecer?	☐ Si	☐ No
¿Tenía el asegurado alguna otra póliza de vida?	☐ Si	☐ No

En caso de respuesta positiva indicar la Compañía aseguradora:

Compañía:_____ Monto suma: _____ Vigencia: _____

Compañía:_____ Monto suma: _____ Vigencia: _____

Compañía:_____ Monto suma: _____ Vigencia: _____

IV. DATOS DEL RECLAMANTE

Póliza individual (para uso de beneficiarios)

Para el presente declaro (declaramos) que las anteriores respuestas son ciertas y exactas hasta donde me (nos) consta, se (sabemos) y recuerdo (recordamos). En fe de lo cual firmo (firmamos), en la ciudad de: _____, a los: _____ días del mes de _____ del año: _____.

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-vida-slni@seguros.lafise.com* • N°RUC: J0310000000999

Beneficiario 1

Nombre: _____ Número de cédula: _____

Relación con el asegurado:_____

Dirección: _____

_____

_____

Firma

Beneficiario 2

Nombre: _____ Número de cédula: _____

Relación con el asegurado:_____

Dirección: _____

_____

_____

Firma

Beneficiario 3

Nombre: _____ Número de cédula: _____

Relación con el asegurado:_____

Dirección: _____

_____

_____

Firma

Colectivos de Vida (para uso del contratante)

Importante: Si el seguro es colectivo, la fe de firma la debe hacer un representante del contratante.
El suscrito delegado del Contratante, declara que las anteriores respuestas son ciertas hasta donde nos consta y sabemos.

Delegado: _____ Cargo: _____

Correo electrónico: _____ Fecha:_____/_____/_____

Número teléfono: _____ Número celular: _____

Seguros LAFISE

_____

Firma y sello del contratante

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-vida-slni@seguros.lafise.com* • N°RUC: J0310000000999