

I. DATOS GENERALES

Póliza N°: _____ Trámite N°: _____ Reclamo N°: _____

II. PERSONAS NATURALES

Nombres y apellidos: _____

Si es casada, apellido de casada: _____ N° de cédula: _____

Si es extranjero, N° de pasaporte: _____ Cédula de residencia: _____

Dirección de domicilio: _____

Persona que gestionará el reclamo: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Datos sobre la actividad económica o empleo

Empleado Propietario Estudiante Ama de casa Por cuenta propia

Otro: _____

En caso de ser empleador, indicar:

Nº RUC: _____ Dirección comercial: _____

III. PERSONA JURÍDICA

Nombre de la empresa: _____ Apartado postal: _____

Nº RUC: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Nombre del Representante Legal o Apoderado: _____

Nº de cédula: _____ Dirección de la empresa: _____

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

Correo electrónico Llamada telefónica Mensajería de texto Documentación física

Datos sobre la actividad económica

Industrial Servicios Agrícola Comercio Turismo

Otros (explicar): _____

Si la organización es sin fines de lucro, por favor indicar:

Tipo de Organización

Cooperativa N° de inscripción MITRAB: _____

ONG, asociación, fundación. N° de inscripción MIGOB: _____

Sindicatos, federación, confederación o central sindical. Inscripción MITRAB: _____

Dirección para envío de comunicados y/o documentos: _____

IV. DATOS DEL SINIESTRO

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

Lugar exacto de la ocurrencia: _____

Defina el tipo de daño:

Edificio Mercadería Mobiliario Materia prima Producto terminado

Describa las circunstancias en que ocurriero los hechos:

¿Cómo, por quién y a qué hora se descubrió el suceso?: _____

¿Cómo se combatió el siniestro?: _____

¿Qué medidas de salvamento se adoptaron durante y después del siniestro?: _____

¿Intervinieron las autoridades? Si No

¿Cuáles?: _____

Nombre de la persona que interpuso la denuncia: _____

Naturaleza y/o causa que presuma: _____

Indique nombre de los testigos que presenciaron los hechos:

Nombres	Nº de teléfono y dirección completa
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

V. PROPIEDAD SINIESTRADA

Nombre del dueño del edificio: _____

¿Existe hipoteca o gravamen? Si No

¿A favor de quién?: _____

¿Está alquilada? Si No

¿A quién?: _____

Tipo de construcción: _____

Año: _____ Nº de pisos: _____ Remodelado en: _____ Con objeto de: _____

Nombre del negocio: _____

Giro del negocio: _____ Horario: _____

Nombre del propietario del negocio: _____

Nombre de acreedores: _____

VI. ESTIMACIONES DEL VALOR REAL Y PÉRDIDA CORRESPONDIENTE

CONCEPTO	VALOR REAL	PÉRDIDA ESTIMADA
Edificio(s)	_____	_____
Mercaderías	_____	_____
Maquinaria y equipo	_____	_____
Mobiliario y equipo de oficina	_____	_____
Materia prima y/o en proceso	_____	_____
Otros	_____	_____

¿Lleva contabilidad?

Si No

¿A qué fecha están los libros?: _____

Nombre del contador:

¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes?

Si No

Si la respuesta es «Si» indique N° de Póliza y Compañía:

Nombre del principal ejecutivo de negocio:

Detalle fecha, causa y montos de pérdidas sufridas durante los últimos 5 años: _____

¿Se encontraba asegurado?

Si No

Monto que recibió del asegurador: _____

En letras: _____

VII. OBSERVACIONES

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

Estoy (estamos) enterado (s) de 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 objeto de un mensaje específico después del análisis del reclamos.

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 reclamante

