Seguros LAFISE

AVISO DE SINIESTRO
RAMO DE FIDELIDAD
(CONVENIO I, II Y III - FIDELIDAD DE EMPLEADO)

I. DATOS GENERALES

Póliza Nº: _____ Reclamo Nº: _____

II. PERSONA NATURAL

Nombres y apellidos: _____

Si es casada, apellido de casada: _____ Nº de cédula: _____

Si es extranjero, Nº 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 empleado, indicar:

Ocupación: _____ Puesto: _____ Título: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre de la empresa: _____

Dirección de la empresa: _____

Descripción de la actividad de la empresa: _____

Si tiene negocio propio, indicar:

Nº RUC: _____ Dirección comercial: _____

_____

III. PERSONA JURÍDICA

Nombre de la empresa: _____

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 enviemos 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 organizació es sin fines de lucro, por favor indicar:

Tipo de Organización

☐ Cooperativa Nº de inscripción MITRAB: _____

☐ ONG, asociación, fundación. Nº de inscripción MIGOB: _____

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

Dirección para envío de comunicados y/o documentos: _____

_____

IV. DATOS DEL SINIESTRO

Convenio I

Fecha del hallazgo: _____ Hora: _____ Ciudad: _____

Departamento: _____ Barrio: _____

1. Lugar exacto del Hallazgo: _____

_____

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

2. Describa las circunstancias en que ocurrieron los hechos: _____

_____

_____

_____

_____

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

_____

4. Valor estimado de la pérdida: _____ (en letras):_____

_____

5. ¿Cuáles son los documentos que prueban la irregularidad?: _____

_____

6. Salario del presunto autor: _____

7. ¿Tiene deudas con la empresa? ☐ Sí ☐ No

Monto de lo adeudado: _____

8. Gestiones realizadas para limitar la pérdida: _____

_____

_____

9. ¿Tuvo conocimiento la Policía?: ☐ Sí ☐ No

10. Última fecha en que examinaron sus cuentas: _____

11. ¿Cuál fue el resultado?: _____

_____

_____

Convenio II

Fecha del hallazgo: _____ Hora: _____ Ciudad: _____

Departamento: _____ Barrio: _____

1. Lugar exacto del hallazgo: _____

_____

2. Describa las circunstancias en que ocurrieron los hechos: _____

_____

_____

_____

_____

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

_____

4. Valor estimado de la pérdida: _____ (en letras): _____

_____

5. ¿Cuáles son los documentos que prueban la irregularidad?: _____

_____

6. Salario del presunto autor: _____

7. ¿Tiene deudas con la empresa? ☐ Sí ☐ No

Monto de lo adeudado: _____

8. Gestiones realizadas para limitar la pérdida: _____

_____

_____

9. ¿Tuvo conocimiento la Policía?: ☐ Sí ☐ No

10. Última fecha en que examinaron sus cuentas: _____

11. ¿Cuál fue el resultado?: _____

_____

_____

10. Existe vigilancia las 24 horas: _____ Nombre de la empresa que brinda el servicio: _____

_____ Cuánto tiempo: _____

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

Convenio III

Fecha del hallazgo: _____ Hora: _____ Ciudad: _____

Departamento: _____ Barrio: _____

1. Lugar exacto del hallazgo: _____

_____

2. Describa las circunstancias en que ocurrieron los hechos: _____

_____

_____

_____

_____

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

_____

4. Valor Estimado de la pérdida: _____ (en letras):_____

_____

5. ¿Cuáles son los documentos que prueban la irregularidad?: _____

_____

6. Salario del presunto autor: _____

7. ¿Tiene deudas con la empresa? ☐ Sí ☐ No

Monto de lo adeudado: _____

8. Gestiones realizadas para limitar la pérdida: _____

_____

_____

9. ¿Tuvo conocimiento la Policía?: ☐ Sí ☐ No

V. OBSERVACIONES

Hago (hacemos) constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas y verídica y que cualquier declaración falsa einexacta; anula este reclamo y la póliza afectada.

Estoy (estamos) enterado (s) de que la presentación de esta declaración, no signi ca 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 especíco después del análisis del reclamo.

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

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