Seguros LAFISE

RECLAMO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES
DECLARACIÓN DE ACCIDENTES

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

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

Yo: _____ en calidad de: _____

del domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ *E-mail:* _____

Declaro que el niño(a): _____ Asegurado con Seguros LAFISE según Póliza de Accidentes Personales Escolares Nº: _____, sufrió un accidente según detalles que proporciono a continuación:

1. Describa en que circunstancia ocurrió el accidente: _____

_____

_____

_____

2. Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente: _____

_____

3. Fecha de nacimiento del asegurado: _____ /_____ /_____

4. Nombre y dirección del centro escolar del asegurado: _____

5. Al momento de ocurrir el accidente ¿qué acción realizaba el asegurado?: _____

_____

6. ¿El accidente fue de tránsito? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

7. Lesiones sufridas a consecuencia del accidente: _____

_____

8. El asegurado es zurdo o derecho: _____

9. Si hay testigos del accidente, indique nombres, domicilio y número de teléfonos de los mismos:

_____

_____

_____

10. Nombre del médico tratante: _____

11. Centro médico, consultorio donde fue atendido: _____

Fecha de atención: _____ /_____ /_____ Dirección: _____

_____

12. ¿Intervino alguna autoridad o institución en el accidente? ☐ Sí ☐ No

Mencione cual: _____

13. ¿Tiene el asegurado Póliza de Accidente Personal con otra compañía? ☐ Sí ☐ No

¿En cuál compañía y con qué suma asegurada?: _____

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

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

Estoy enterado 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 fundamentarse este reclamo y que la decisión de la Compañía será notificada por escrito después del análisis del reclamo.

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