Seguros LAFISE

RECLAMOS DE ACCIDENTES PERSONALES
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: _____ del domicilio: _____

_____ Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____

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

NOTA: En caso de que el declarante no sea el Asegurado, indique que relación tiene con el mismo: _____

1. Describa en que circunstancia ocurrió el accidente: _____

_____

_____

_____

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

_____

_____

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

   Fecha de ingreso al empleo: _____/_____/_____

4. Nombre y dirección del lugar de trabajo del asegurado: _____

_____

_____

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

_____

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

   Explique: _____

   ¿El asegurado conducía? ☐ Sí ☐ No Nº de licencia: _____

7. Tipo de vehículo que conducía: _____

8. Lesiones sufridas a consecuencia del accidente: _____

9. El asegurado es zurdo o derecho: _____

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

_____

_____

_____

11. Nombre del médico tratante: _____

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

12. Centro médico, consultorio donde fue atendido: _____

Fecha de atención: _____ Dirección: _____

_____

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

Mencione cual: _____

14. Tiene el asegurado Póliza de Accidente Personal con otra Compañía? ☐ Sí ☐ No

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

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 fundarse 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____

Seguros LAFISE

_____

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