Seguros LAFISE

AVISO DE SINIESTRO
RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

I. DATOS GENERALES

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

II. DATOS DEL RECLAMANTE

¿Persona que gestionará el reclamo?

Nombres y apellidos: _____

Nº identificación: _____ Teléfono(s): _____

E-mail: _____ Relación con el asegurado: _____

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

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

III. PERSONA NATURAL ASEGURADO

Nombres y apellidos: _____

Nº Identificación: _____ Teléfono(s): _____

E-mail: _____ Dirección: _____

_____

IV. PERSONA JURÍDICA ASEGURADA

Nombres de la empresa: _____ RUC: _____

Teléfono(s): _____ Dirección: _____

_____

Nombres y apellidos del representante legal_____

Nº Identificación: _____ E-mail: _____

V. DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: _____ Hora: _____Ciudad/Dpto.: _____ Municipio: _____

Dirección exacta de ocurrencia: _____

_____

Tipo de siniestro: _____ Daños materiales a terceros, _____ Lesiones y/o muerte a terceros.

Describa las circunstancias en que se da el siniestro: _____

_____

_____

_____

_____

Describa de qué manera y en qué momento tuvo conocimiento el asegurado:_____

_____

¿Qué medidas se tomaron luego del siniestro? _____

_____

_____

¿Tuvo conocimiento la Policía? ☐ Sí ☐ No

¿Su respuesta es «Si»? Indique delegación policial que atendió y las gestiones realizadas ante ella:_____

_____

_____

¿Su respuesta es «No»? Describa las razones del por qué: _____

_____

_____

¿Existió mediación previa? Describa los acuerdos: _____

_____

_____

_____

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

VI. DATOS DEL PERJUDICADO O BENEFICIARIO

Nombres y apellidos: _____

Nº identificación: _____ Teléfono(s): _____

E-mail: _____ Dirección:_____

_____

Descripción de los daños materiales: _____

_____

Monto reclamado por daños materiales: _____

Monto reclamado por las lesiones y/o muerte: _____

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

Estoy (estamos) enterado (s) 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.

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 y sello del representante legal

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