Seguros LAFISE

AVISO DE SINIESTRO
COBERTURA: ROBO CON FORZAMIENTO

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: _____

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 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: _____

Apartado postal: _____ Nombre del Representante Legal o Apoderado: _____

Nº de cédula:_____ Dirección de la empresa: _____

_____

Datos sobre la actividad económica

☐ Industrial ☐ Servicios ☐ Agrícola ☐ Comercio ☐ Turismo

☐ Otros (explicar): _____

Si la organización es sin fines de lucro, indicar: _____

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

Tipo de Organización

☐ Cooperativa: Nº de inscripción MITRAB: _____

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

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

Dirección para envío de comunicados y/o documentos: _____

_____

_____

IV. DATOS DEL SINIESTRO

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

Lugar exacto de la ocurrencia: _____

_____

Tipo de pérdida:

☐ Valores ☐ Mercadería ☐ Mobiliario ☐ Equipo

Lugar exacto donde se guardaban los bienes y/o valores robados:

☐ Caja fuerte ☐ Escritorio ☐ Ventanilla ☐ En caja chica

☐ Otros (explicar): _____

Lleva registro de inventario: ☐ Sí ☐ No

Lleva libros contables: ☐ Sí ☐ No

Describa las circunstancias en que ocurrieron los hechos: _____

_____

_____

_____

_____

_____

¿En qué momento y de qué manera se enteró el asegurado?: _____

_____

Al momento del siniestro, ¿se encontraba algún familiar en casa?: ☐ Sí ☐ No

¿Por qué?: _____

¿Tuvo conocimiento la policía?: ☐ Sí ☐ No

Indique qué delegación policial le atendió: _____

Fecha y hora de la denuncia a la policía: _____

_____

¿Están detenidos los autores?: ☐ Sí ☐ No

¿Por dónde entraron al local?: _____

Utiliza sistemas de seguridad: ☐ Sí ☐ No

Indicar tipo de seguridad: ☐ Seguridad física ☐ Seguridad electrónica

Existen cámaras de seguridad instaladas: ☐ Sí ☐ No

Indicar cantidad: _____

Última fecha de borrado de datos: _____

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

Guardas de seguridad

Nombre de los guardas de seguridad	Cédula	Dirección	Horario de vigilancia

¿Se encontraban armados los guardas de seguridad? ☐ Sí ☐ No

Marca y tipo de armas: _____

Nombre de la empresa de seguridad: _____

¿La empresa de seguridad tiene seguro? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué compañía?: _____

V. ESTIMACIÓN DE LOS DAÑOS

En las instalaciones (edifcios): _____

En los bienes Asegurados (mobiliario, equipo de oficina, otros): _____

En dinero y/o cheques y/o moneda extranjera: _____

En caso de mercadería, detallar valor de las existencias al momento del siniestro: _____

_____

_____

_____

Valor real de los bienes afectados: _____

_____

_____

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

_____

_____

_____

¿Estaba asegurado?: ☐ Sí ☐ No

Monto que recibió del asegurador: _____ En letras: _____

_____

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. 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