Seguros LAFISE

AVISO DE SINIESTRO TRANSPORTE

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

Nombre 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./Provincia: _____

País: _____ Dirección exacta de ocurrencia: _____

_____

_____

Tipo de siniestro: _____ Naturaleza y/o causa que presume: _____

Describa las circunstancias en que se da el siniestro: _____

_____

_____

_____

_____

Describa de qué manera y en qué momento tuvo conocimiento el propietario de la mercadería:

_____

_____

¿Qué medidas se tomaron luego del siniestro?

_____

_____

En caso de accidentes de tránsito y/o robo.

¿Tuvo conocimiento la Policía? ☐ Sí ☐ No

¿Su respuesta es «Sí»?

Indique delegación policial que le atendió y las gestiones realizadas ante ella: _____

_____

_____

¿Su respuesta es «No»?

Describa las razones del por qué: _____

_____

_____

_____

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 EMBARQUE

Tipo: ☐ Importación ☐ Exportación

Modalidad del transporte: ☐ Terrestre ☐ Marítimo ☐ Aéreo ☐ Multimodal

Nombre del consignatario: _____

Nombre del proveedor: _____

Nombre de la naviera: _____

Nombre del transportista terrestre: _____

Nombre del transportista aéreo: _____

Fecha de embarque: _____, fecha de desembarque: _____ ¿Hubo trasbordo?: _____

Fecha de entrada a aduana: _____; fecha de salida de aduana: _____

Nombre del agente aduanero: _____

Describa el tipo de mercadería: _____

_____

_____

VII. ESTIMACIÓN DE DAÑOS

RUBRO	PÉRDIDA RECLAMADA (ESTIMACIÓN)

¿Dónde se encuentra actualmente la mercadería afectada? _____

_____

¿Existe intervención de las autoridades sanitarias sobre la mercadería? ☐ Si ☐ No

Describa quienes y las orientaciones recibidas _____

_____

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____

Seguros LAFISE

_____

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