

FORMULARIO DE RECLAMACION

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Tipo Relación/Rol: Contratante Afianzado Asegurado Acreedor Reasegurador Intermediario
 Beneficiario Apoderado Proveedor Corredor de Reaseguro Otro. _____

ID Cliente Categoría Riesgo
 ID Acreedor Categoría Riesgo
 No. Trámite No. Siniestro No. Póliza

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos Nombres
 No. Identificación No. R.T.N.
 Tipo Identificación: Cédula Pasaporte Residencia No. Seguro Social

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia Avenida Calle
 Bloque No. Casa / Edificio No. Municipio
 Departamento País
 Otras referencias de la dirección

Contacto

Tel. Casa Correo Personal
 Celular Forma de Contacto: Tel. Casa Celular Correo electrónico
 Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? Si No

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social
 Nombre Comercial
Dirección de la Empresa
 Barrio / Colonia Avenida Calle
 Bloque No. Edificio No. Municipio
 Departamento País
 Otras referencias

Persona que gestionara el reclamo

Apellidos Nombres
 Relacion/Puesto Identidad
 Correo Electrónico RTN

3. ¿Posee Seguros del bien afectado con otra Aseguradora? Si No

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

4. Datos de la Póliza

No. Póliza Vigencia
 Desde: _____ Hasta: _____
 Mes Día Año Mes Día Año
 Ramo

5. Declaración del Siniestro

Dirección del Siniestro	
Fecha y Hora del Siniestro	
Como llegó a conocimiento del Siniestro	
Medidas de resguardo de los bienes	
Medidas de mitigación de los daños	
Medidas post-siniestro	
Causa probable del siniestro	
¿Se notificó a la autoridad competente del siniestro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo (En caso de ser no):

6. Especificación del Riesgo Siniestrado

I. Datos del Objeto Afectado

Descripción del Objeto Afectado

Tipo de daño sufrido

Ubicación del bien

Resguardo de los bienes post siniestro

7. Detalle de los Bienes Afectados

Tipo de Bien	Daño sufrido	Ubicación	Estado del bien (Previo al siniestro)	Resguardo	Valor estimado de la Pérdida
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Aseguradora en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. La información que he suministrado en este formulario es veraz y verificable.
3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Aseguradora está facultada a dar por terminado la relación según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado.
4. Hago constar que conozco, doy fe de haber leído, entendido y que por tanto acepto todas y cada una de las condiciones generales y especiales que forman parte de la póliza.

Autorizo a Seguros Lafise Honduras, Sociedad Anónima (Seguros Lafise, S.A.) para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las declaraciones que sustentan este reclamo.

Por este medio certifico que los datos que anteceden son verídicos y cabales, según mi real saber y entender y autorizo a cualquier entidad y autoridad que suministre a la Aseguradora cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE FORMULARIO.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado o Del Representante Legal: _____