

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza No. _____ Trámite No. _____

Persona Natural

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Nº Identificación: _____ Teléfono(s): _____ e-mail: _____

Persona Jurídica

Nombre de la empresa: _____ RUC Nº: _____

DATOS DEL PERJUDICADO / RESPONSABILIDAD CIVIL**Persona Natural**

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____ e-mail: _____

Relación con el asegurado: _____ ¿Con qué compañía tiene asegurado su vehículo? _____

Persona Jurídica

Nombre de la empresa: _____ RUC Nº: _____

Propiedad Dañada: Sí No En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuántas? _____**Lesionados:** Sí No En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuántos? _____**Muertos:** Sí No En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuántos? _____

Hospital donde fueron atendidos: _____

DATOS GENERALES (para Asegurados y Perjudicados)**Persona que gestionará el reclamo**

Nombres y Apellidos: _____

Nº Identificación: _____ Teléfono(s): _____ e-mail: _____

Datos del Conductor del Vehículo

Nombres y Apellidos: _____

Teléfono(s): _____ Nº de Licencia: _____ Categoría: _____

Descripción del Vehículo

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Placa: _____

Nº chasis: _____ Nº Motor: _____

DATOS DEL ACCIDENTE (para Asegurados y Perjudicados)

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

Dirección exacta de ocurrencia: _____

Actividad específica que desempeñaba el vehículo al momento del accidente (USO): _____

¿Tuvo conocimiento la Policía? Sí No Si su respuesta es Sí, indique delegación policial que le atendió: _____

Si su respuesta en No, explique por qué: _____

Describa el Accidente: _____

Dirección donde está el vehículo afectado si no puede rodar: _____

Hago (hacemos) 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.

Así mismo autorizo a cualquier hospital, clínica, laboratorio, médico, compañía de Seguros, otra institución o individuo que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, a suministrar cualquier información escrita (en físico o digital) solicitada por Seguros LAFISE S.A., como insumo para esclarecer la ocurrencia del siniestro, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 de Arto. 8 de la Ley 423 (Ley General de Salud), relevándolos del secreto profesional a fin de que puedan facilitar la información solicitada por Seguros LAFISE S.A., con mis nombres, apellidos e historial clínico, en caso de sufrir un accidente.

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.

Firmado en la ciudad de _____ el día _____

Firma del Conductor

Firma del Asegurado y/o dueño y sello
en caso de persona Jurídica

AOAR AU/SOA-AS-3