

N° Póliza: _____ N° Reclamo: _____

DATOS DEL BENEFICIARIOMismo Asegurado Perjudicado / Tercero

Nombres y apellidos completos del beneficiario, conforme documento de identificación legal, oficial, vigente, confiable e indubitable: _____

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Cédula Residencia Pasaporte N°: _____ Sexo: F M

Estado Civil: _____ Profesión: _____

Dirección de Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ e-mail: _____

Relación con el Asegurado: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA Empleado Propietario Por cuenta propia Estudiante Ama de casa Otro (explique): _____**DATOS LABORALES**¿Trabaja Usted por cuenta propia? Si No , indicar: _____

Empresa donde trabaja: _____ Describa el giro del negocio: _____

Dirección del trabajo: _____

Ocupación/Cargo: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ e-mail: _____

Ingreso Mensual: C\$ US \$ Equivalente a : Menor de US \$1,000 De US \$1,001 - US \$3,000 De US \$3,001 - US \$7,000 Mayor de US \$7,001 **TIPO DE RECLAMO**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil | <input type="checkbox"/> Vida Segura |
| <input type="checkbox"/> Seguro Obligatorio de Automóvil (SOA) | <input type="checkbox"/> Accidentes Personales Individuales (API) |
| <input type="checkbox"/> Seguro Obligatorio Matrícula Extranjera (SOMEX) | <input type="checkbox"/> Accidentes Personales Colectivos (APC) |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Accidentes Personales Escolares (APE) |
| <input type="checkbox"/> Incendio | <input type="checkbox"/> Accidentes Personales Familiares (APF) |
| <input type="checkbox"/> Equipo Electrónico | <input type="checkbox"/> Seguro por Incapacidad (BIAC) |
| <input type="checkbox"/> Fidelidad Comprensiva | <input type="checkbox"/> Seguro de Colectivo de Vida Sobre Saldo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

INFORMACIÓN ADICIONALSuma Asegurada: C\$ US \$

Seguros con otras aseguradoras:

 Vida Accidente Salud Automóvil Incendio Fianza Otros: _____

Nombre(s) de la(s) aseguradora(s): _____

Autorizo a Seguros LAFISE para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las relaciones y pólizas que sustentan este perfil.

Firmado en la ciudad de _____, el día DD / MM / AAAA_____
Firma del Cliente_____
Ejecutivo de Atención de Reclamos_____
Jefe de Reclamos



¡Es más Seguro!

PERFIL INTEGRAL DEL BENEFICIARIO FINAL
PERSONA JURÍDICA

PIBF-PJ-2

N° Póliza: _____

N° Reclamo: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Mismo Asegurado [] Perjudicado / Tercero []

Representante Legal del beneficiario: (persona natural que firma el perfil, conforme documento de identificación legal, oficial, vigente, confiable e indubitable): _____

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Identificación del Representante Legal: Cédula [] Residencia [] Pasaporte [] N°: _____

Nombre de la Empresa: _____ RUC N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ e-mail: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA

[] Industrial [] Servicios [] Agrícola [] Comercio [] Turismo [] Otro (explique): _____

[] Local [] Nacional [] Centroamérica [] Internacional

Ingreso Mensual C\$ [] US\$ [] Cantidad: _____

TIPO DE RECLAMO

- [] Automóvil [] Seguro Obligatorio de Automóvil (SOA) [] Seguro Obligatorio Matrícula Extranjera (SOMEX) [] Transporte [] Incendio [] Equipo Electrónico [] Fidelidad Comprensiva [] Otro: _____
[] Todo Riesgo para Construcción [] Embarcación [] Responsabilidad Civil General [] Colectivo de Vida [] Colectivo de Vida / Accidentes Personales [] Accidentes Personales Colectivos (APC) [] Accidentes Personales de Transporte

INFORMACIÓN ADICIONAL

Suma Asegurada: C\$ [] US \$ []

Seguros con otras aseguradoras:

[] Vida [] Accidente [] Salud [] Automóvil [] Incendio [] Fianza [] Otros: _____

Nombre(s) de la(s) aseguradora(s): _____

Autorizo a Seguros LAFISE para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las relaciones y pólizas que sustentan este perfil.

Firmado en la ciudad de _____, el día DD / MM / AAAA

Firma del Cliente

Ejecutivo de Atención de Reclamos

Jefe de Reclamos