



Complejo Empresarial Grupo Pellas, Apdo. Postal 6114 - Tel.: (505) 274-4200, Fax: (505) 274-4202 - Managua, Nicaragua.

RAMO FIDELIDAD DE EMPLEADO

AVISO DE EVENTO

Fecha: _____

I - DATOS GENERALES:

Póliza N° : _____ Vigencia: _____
Asegurado : _____
Dirección : _____
Teléfonos : _____ E-mail: _____
Gestionara el reclamo : _____ Cargo: _____

II - DATOS DEL EVENTO:

Fecha de detección de irregularidad: _____ Hora: _____

Dependencia de ocurrencia : _____

En que consiste la irregularidad : _____

Documentos que prueban la irregularidad: _____

Sueldo del presunto autor: _____ Tiene deudas con la empresa: _____ Por que monto: _____

Acciones efectuadas para reducir las pérdidas: _____

Se dio aviso a las autoridades: _____ Fecha de última revisión de cuentas: _____

Cual fue el resultado: _____

III - ESTIMACION DE DAÑOS:

Rubro	Pérdida estimada (reclamo)

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

Fecha de la pérdida	Causa	Monto total de la pérdida

Se encontraba asegurado: _____ Monto que recibió del asegurador: _____

Observaciones: _____

Hago (hacemos) constar que las declaraciones aquí contenidas son correctas y veraces y que proporcionaré (proporcionaremos) nuevas o más amplias declaraciones, así como entregaré (entregaremos) los documentos que sean requeridos, tal y como lo establecen las Condiciones Generales de la Póliza.

Estoy (estamos) enterado (s) de que la presentación de esta declaración, no significa reconocimiento de los derechos que eventualmente ampara la Póliza, ni aceptación de hecho en que fundarse este reclamo y que la decisión de Seguros América, S. A. será objeto de comunicación oficial después del reclamo.

Firma del reclamante