



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

AVISO DE RECLAMO

CONVENIO II – PERDIDA DENTRO DEL LOCAL

Fecha: _____

I - DATOS GENERALES:

Póliza N° : _____ Vigencia: _____

Asegurado : _____

Dirección : _____

Teléfonos : _____ E-mail: _____

Gestionara el reclamo : _____ Cargo: _____

II - DATOS DEL EVENTO:

I. DECLARACION DEL EVENTO:

Fecha y hora del suceso: _____

Lugar del suceso: _____

Como ocurrió el suceso: _____

En que momento y de que manera se enteró el asegurado: _____

Fecha y hora de la denuncia a la policía: _____

Resultado de la investigación de las autoridades: _____

Medio de Transporte: _____

Efectuado por: _____

Utilizan arma de fuego: SI _____ NO _____

Que otras medidas de seguridad utilizan: _____

Trayecto: _____

II- Detalle de la pérdida:

Rubro	Perdida Estimada (reclamo)

III- Detalle fecha, causa y monto de pérdida sufrida durante el último año:

Fecha de la pérdida	CAUSA	Monto total de pérdida

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 America, S. A., será objeto de comunicación oficial después del reclamo.

Firma del Reclamante