

LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE INCENDIO
AVISO DE SINIESTRO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	:			
C.I. / R.U.C.	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Email	:			
A.P.S.	:			

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:		Ítem	:	
Fecha	:		Hora	:	
Lugar	:				
¿Existió denuncia o parte policial?				:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Explique cómo ocurrió el siniestro:

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado según lo indicado en las condiciones generales de la póliza.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-4-5-SF-41-66004422, el 11 de Mayo de 2022.