

**LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE FIDELIDAD PÚBLICA
AVISO DE SINIESTRO**

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	:			
RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Fax	:	
Email	:			
APS	:			

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:		Fecha de descubrimiento	:	
Monto estimado de la pérdida	:		Fecha de Notificación a la Contraloría General del Estado	:	

Caucionado(s) involucrado(s):

Cédula de Identidad	Nombres Completo	Cargo	Lugares de Trabajo	Remuneración Mensual Unificada

Explique detalles del siniestro:

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda 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 41100, el 23 de Febrero de 2016.