



AVISO DE ACCIDENTE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Póliza:

No. de Certificado ó Inciso:

I. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Contratante:			
Nombre del Asegurado:			
Lugar y fecha de nacimiento:			
Identidad No.:	Edad:	Teléfono:	Fax:
Dirección exacta:			
Ocupación:			
Lugar de trabajo:			Certificado:

II. DECLARACIÓN DEL ACCIDENTE

Lugar:		Ciudad:	Departamento:	
Fecha: Día	Mes	Año	Hora:	Otras Señas:
Describa el accidente ocurrido a su persona: _____				
Describa las lesiones sufridas en su persona por el accidente: _____				
Nombre y dirección del centro médico donde fue atendido por el accidente: _____				
Nombre del Médico que lo atendió:				
¿Fue hospitalizado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuántos días?	A partir del:	
¿Está incapacitado para sus funciones normales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Explique: _____				
¿Cuántos días le dieron de incapacidad?		Del:	Al:	
¿Está presentando reclamación a otra Compañía de Seguros por éste mismo accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la compañía:				

