



POLIZA Nº .....

**DECLARACION SOBRE SINIESTRO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Por medio de la siguiente declaración, deseo hacer conocer a ustedes los hechos y causas que provocaron este accidente personal, manifestando que todo cuanto declaro en el presente formulario esta sujeto a la más estricta verdad.

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO/EMPRESA: .....

DIRECCION: ..... TELEFONO: .....

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE: ..... EDAD: .....

DIRECCION: ..... TELEFONO: .....

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE

FECHA: ..... HORA: .....

LUGAR: .....

NARRACION DETALLADA DE COMO SE PRODUJO EL ACCIDENTE: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

CENTRO MEDICO DONDE FUE ATENDIDO: .....

MEDICO TRATANTE: ..... TELEFONO: .....

DIAGNOSTICO: .....

MEDIDAS O TRATAMIENTO INDICADO: .....

.....  
.....

**NOTA: ESTE FORMULARIO DEBERA SER ENVIADO A LA COMPAÑIA EN UN PLAZO MAXIMO DE 48 HORAS, DE NO CUMPLIR CON LO INDICADO CORRE EL RIESGO DE PERDER SU ATENCION MEDICA. ASI MISMO SE LE INFORMA QUE CUALQUIER PAGO POR ATENCION MEDICA SERA RECONOCIDO PREVIA PRESENTACION DE FACTURA Y DE ACUERDO A LOS ARANCELES MEDICOS VIGENTES.**

COCHABAMBA, .....de ..... de .....

.....  
FIRMA DEL ASEGURADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

SELLO DEL CENTRO MEDICO