

Póliza Nro:				
Vigencia:	Desde:	Día:	Mes:	Año:
	Hasta:	Día:	Mes:	Año:
Nombre del asegurado:				
Domicilio:		Telf:		
Correo electrónico:		Cel:		
C. I.:	RUC:	Pasaporte:		

DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA:

Nombre:			
Edad:	Dirección:		
Fecha del accidente:	Hora:	Ciudad:	
Lugar del accidente:			

Narración clara y detallada de cómo aconteció el accidente. Informe la actividad que estaba realizando al momento del accidente:

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE O QUE VIERON PRIMERO AL ACCIDENTADO LUEGO DEL ACCIDENTE:

Nombre:
Dirección:
Nombre:
Dirección:

¿QUIÉN PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS?

Nombre:	
Lugar:	
Fecha:	Hora:

¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

¿DÓNDE SE ESTÁ HACIENDO EL TRATAMIENTO?

--

¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE ANTERIORMENTE?

Fecha:

Consecuencias:

Indemnización que recibió:

EL FIRMANTE SE RESPONSABILIZA POR LA EXACTITUD DE LAS ANTERIORES RESPUESTAS.

Lugar y fecha:

ASEGURADO O BENEFICIARIO_____
NOTIFICANTE**PARA SER LLENADO POR LA ASEGURADORA:**

Fecha de recepción del aviso:

Fecha de pago de la prima:

Número del último documento de renovación: