



POLIZA Nro.		SINIESTRO NRO.	
1.-	1.1) Nombre del Asegurado		
	1.2) Nombre del accidentado		
	1.3) Dirección del accidentado:		
	1.4) Edad:	Ocupación actual:	
2.-	2.1) Lugar en que ocurrió el accidente		
	2.2) Día y hora:		
	2.3) Detalle del accidente:		
	2.4) Detalle de las lesiones causadas:		
3.-	3.1) Persona que prestó los primeros auxilios?		
	3.2) Dirección y teléfono		
	3.3) Dónde recibió atención médica		
4.-	4.1) ¿Tiene otros seguros de accidentes personales?		
	4.2) ¿Indique aseguradores y montos:		

El (los) firmante (s) declaran la veracidad de todo lo manifestado

....., de.....del 201

Contratante: \_\_\_\_\_ Beneficiario: \_\_\_\_\_

Este formato ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-410 del 26 de Noviembre del 2007

**INFORME MEDICO**

5.-	Lugar y fecha de la primera atención:
6.-	¿Qué explicación le dieron sobre el accidente?
7.-	¿Presentó el paciente síntomas de embriaguez, intoxicación por drogas o agentes psicotrópicos?
8.-	Existe alguna incapacidad o lesión anterior que puedan agravar las consecuencias del accidente
9.-	¿Las lesiones son consecuencia directa del accidente?
10.-	Diagnóstico :
11.-	Hay amputaciones o lesiones de carácter permanente y cuál es el porcentaje de su reducción funcional?

Nombre del médico:	
Dirección del Médico y Tlfno:	
Credencial Nro:	

....., de.....del 201

Contratante: \_\_\_\_\_

Este formato ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución SBS-INSP-2007-410 del 26 de Noviembre del 2007