

RECLAMO DE ACCIDENTES PERSONALES
DECLARACION DE ACCIDENTE

El Suscrito _____ del domicilio de _____
declaro que el Sr. (a) _____ del domicilio de _____

Asegurado con Seguros América según **Póliza de Accidentes Personales No.** _____

sufrió un accidente según los detalles que proporciono a continuación:

NOTA: En caso de que el declarante no sea el Asegurado, indique que relación tiene con el mismo _____

1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente _____

2) Fecha de nacimiento _____ Fecha de ingreso al empleo _____

3) Nombre y dirección del lugar de trabajo del asegurado _____

4) Al momento de ocurrir el accidente qué acción realizaba el asegurado _____

5) Si el accidente fue de tránsito, El asegurado conducía ? _____ Tipo de vehículo _____ No. De Licencia _____

6) cómo ocurrió el accidente y naturaleza del mismo _____

7) Lesiones sufridas a consecuencia del accidente: _____

8) El asegurado es zurdo o derecho? _____ 9) si hay testigos del accidente, indique Nombres y Domicilios de los mismos _____

10) Nombre y Domicilio del doctor (es) que atendieron al asegurado _____

11) Hospital, Clínica o Dispensario donde fue atendido (indique fechas de atención) _____

12) Intervino la Policía con motivo del accidente? Si _____ No _____ Indique el lugar y nombre de la Estación de policía: _____

Si no intervino la Policía, indique Por qué: _____

13) Tiene el asegurado Póliza Personal con otra compañía, en cuál y por cuánto? _____

Declaro que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido, ni ocultado ningún dato de importancia.

Estoy entendido que por el hecho de proporcionar este formulario e investigar la declaración, Seguros América, S. A. no queda obligada a admitir ninguna reclamación ni a renunciar a los derechos que le corresponden de acuerdo con la Póliza.

_____ de _____ de 20 _____

ASEGURADO O DECLARANTE