

Indicar el medio por el cual le enviemos notificaciones de su reclamo:

Correo electrónico Llamada telefónica Mensajería de texto Documentación física

Yo: _____ del domicilio: _____

_____ Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____.

Declaro que el Sr.(a): _____ Asegurado con **Seguros**

LAFISE según Póliza de Accidentes Personales N°: _____, sufrió un accidente según detalles

que proporciono a continuación:

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

1. Describa en que circunstancia ocurrió el accidente: _____

2. Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente: _____

3. Fecha de nacimiento: _____ Fecha de ingreso al empleo: _____

4. Nombre y dirección del lugar de trabajo del asegurado: _____

5. Al momento de ocurrir el accidente ¿qué acción realizaba el asegurado?: _____

6. ¿El accidente fue de tránsito? Sí No Explique: _____

¿El asegurado conducía? Sí No N° de licencia: _____

7. Tipo de vehículo que conducía: _____

8. Lesiones sufridas a consecuencia del accidente: _____

9. El asegurado es zurdo o derecho: _____

10. Si hay testigos del accidente, indique nombres y domicilio de los mismos:

11. Nombre del médico tratante: _____

12. Centro médico, consultorio donde fue atendido: _____

Fecha de atención: _____ Dirección: _____

13. ¿Intervino alguna autoridad competente con motivo del accidente? Sí No

Autoridad Competente: _____

14. Tiene el asegurado Póliza de Accidente Personal con otra Compañía, ¿en cuál y por cuánto?: _____

Hago (hacemos) constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, verídicas y que cualquier declaración falsa o inexacta; anula este reclamo y la póliza afectada.

Estoy (estamos) enterado (s) de que la presentación de esta declaración, no signi ca reconocimiento de los derechos que eventualmente ampara la póliza, ni aceptación de hechos en que pueda fundarse este reclamo y que la decisión de la Compañía será noti cada por escrito después del análisis del reclamo.

Firmado en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ de año 20____

Firma del reclamante

