

Reclamo de Accidentes Personales Declaración de Accidentes

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

Asegurado con Seguros LAFISE según Póliza de Accidentes Personales No. _____

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 No. 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 y Domicilio del Doctor(es) que atendieron al asegurado: _____

12) Hospital, clínica o dispensario donde fue atendido (indique fecha de atención): _____

13) Intervino alguna autoridad competente con motivo del accidente? Si No

Autoridad Competente: _____

14) Tiene el Asegurado Póliza de Accidente 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 LAFISE no queda obligado a admitir ninguna reclamación ni a renunciar a los derechos que le corresponden de acuerdo con la Póliza.

Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del _____

Asegurado o Declarante

