

LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
AVISO DE SINIESTRO
ACCIDENTE

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (no llenar APS)

Nombres	:				
Dirección	:				
Teléfono	:		Celular	:	
APS	:				

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Asegurado	:				
Cédula de identidad	:		Fecha de Nacimiento	:	
Póliza	:		Endoso	:	
Fecha	:		Hora	:	
Lugar	:				
Ciudad	:		Provincia	:	

1. Detalle el evento

2. ¿Estuvo hospitalizado?

SI . NO .

En caso de ser afirmativa su respuesta:

Nombre del hospital o clínica

Fecha de ingreso _____ Fecha de salida _____

3. ¿Intervino alguna autoridad al momento del accidente? SI . NO .

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

____ **INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

Nombre _____ del _____ paciente:

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de inicio del tratamiento: _____

Diagnóstico _____ completo:

Fecha de atención al _____ paciente:

Si ordenó hospitalización:

Fecha de ingreso _____ Fecha de salida _____

En caso de cirugía, por favor describa los procedimientos médicos completos:

¿Ordenó interconsulta con otros médicos?: SI . NO .

Nombre del médico del interconsulta y especialidad;

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Fecha: _____

Firma y sello del médico

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 49021, el 23 de Marzo de 2018.