



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

Quito: Sánchez de Ávila N 37-35 y Av. Naciones Unidas. PBX: (02) 5008 000 – 5006 231 – 5006 227 – 5006 229
Guayaquil: Urb. Kennedy Norte, Av. Luis Orrantia mz 808 villa N°8 y Victor Hugo Escala. PBX: (04) 2684 409 – 5019 000 /01/02/03/04
Ambato: Av. Los Guaytambos 04-88 y Montalvo. Edf. Haig, 2 Piso. PBX: (03) 2426 080 Telf.: (03) 2824 231

Latacunga: Av. Benjamin Terán 1-33 y Calle Diego Noboa. PBX: (03) 2385-442 / 032385441

Riobamba: Pichincha 23-60 y Veloz Esq. PBX: (03) 2940 638 – 2961 580

Ibarra: Cristóbal Gómez Jurado 4-30 y Av. Mariano Acosta. PBX: (06) 2645 117 – 5002 354

Manta: Calle 20 y Avenida 21 Esquina. PBX: (05) 5001695 / 5001694

Esmeraldas: Calle Sucre entre Salinas y Mejía Frente a la Casa Núcleo de la Cultura de Esmeraldas. Telf.: 0999393510

EMAIL: ecuador@sweadenseguros.com

www.sweadenseguros.com

1800 SWEADEN-793233

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 Tfno:	
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