



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

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres	:			
Dirección	:			
Teléfono	:		Celular	:
APS	:			

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Asegurado	:			
Cedula 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 inter consulta 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 40279, el 28 de Diciembre de 2015.