



SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
Una Empresa del Grupo Financiero BISA

DECLARACION DE ACCIDENTE - SEGUROS HUMANOS

Póliza N°

Siniestro N°

ESTE FORMULARIO DEBE ENVIARSE A BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A., DENTRO DE LOS CINCO DIAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, DEBIDAMENTE LLENADO.

1. DEL CONTRATANTE:

a) NOMBRE O RAZON SOCIAL _____
b) DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

2.- DEL ACCIDENTADO:

a) NOMBRES Y APELLIDOS _____
b) SEXO _____ EDAD _____ Años, ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDAD _____
c) DOMICILIO _____ TELEFONO _____
b) PROFESION _____ OCUPACION HABITUAL _____

3. DATOS DEL ACCIDENTE

a) FECHA _____ HORA _____ LUGAR _____
b) CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO _____
c) LESIONES OCURRIDAS (Heridas, fracturas, etc.) _____
d) CAUSA PRECISA DEL ACCIDENTE _____

4. DE LA ASISTENCIA MEDICA:

a) NOMBRE Y DOMICILIO DEL MEDICO QUE LE PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS _____
b) EN QUE CENTRO MEDICO FUE ATENDIDO _____

5. INDIQUE NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

-¿ESTA ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑIA? SI NO
-¿EN CUAL? _____ MONTO ASEGURADO _____

LUGAR Y FECHA _____ DE _____ DE _____

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O DE LA PERSONA QUE FORMULA LA DENUNCIA