



Siniestro N°: \_\_\_\_\_

Ramo: \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBE ENVIARSE A NACIONAL SEGUROS PATRIMONIALES Y FIANZAS S.A. DENTRO DE LOS CINCO DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, DEBIDAMENTE LLENADO.

## A. DATOS DEL CONTRATANTE

1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIT/CI: \_\_\_\_\_

2. DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

## B. DATOS DEL ACCIDENTADO O ASEGURADO

1. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ 2. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

3. SEXO M  F  4. CI: \_\_\_\_\_ 5. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ 6. NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

7. DOMICILIO: \_\_\_\_\_ 8. TELÉFONO: \_\_\_\_\_

9. PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ 10. OCUPACIÓN HABITUAL: \_\_\_\_\_

## C. DATOS DEL BENEFICIARIO

1. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

2. CI: \_\_\_\_\_ 2. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## D. DATOS DEL ACCIDENTE

1. FECHA DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_ 2. HORA: \_\_\_\_\_ 3. LUGAR: \_\_\_\_\_

4. CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO: \_\_\_\_\_

5. LESIONES OCURRIDAS (Heridas, Fracturas, etc) \_\_\_\_\_

6. CAUSA PRECISA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

## E. DATOS DE LA ASISTENCIA MÉDICA

1. NOMBRE Y DOMICILIO DEL MÉDICO QUE LE PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS: \_\_\_\_\_

2. ¿EN QUE HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO FUE ATENDIDO?: \_\_\_\_\_

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

1. ¿ESTÁ ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑÍA? \_\_\_\_\_

2. ¿EN CUÁL? \_\_\_\_\_ 3. MONTO ASEGURADO: \_\_\_\_\_

4. ¿HUBO INTERVENCIÓN POLICIAL? SI  NO  5. COMISARÍA: \_\_\_\_\_ 6. PUESTO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

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

**(USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES)  
INFORMACIÓN TRANSFERIDA**

**DIAGNÓSTICO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PRIMEROS AUXILIOS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**TRANSFERENCIA (CLÍNICA U HOSPITAL)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**CENTRO MÉDICO DE ATENCIÓN:**

**FECHA DE INGRESO:**

**FECHA DE SALIDA:**

**HORA:**

**HORA:**

**DIAGNÓSTICO FINAL:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**LUGAR:**

**DE**

**DE 20**

**SELLO Y FIRMA  
MÉDICO QUE ATENDIÓ EL CASO**

Declaro(mos) que las presentes respuestas que he(mos) consignado en esta solicitud son verdaderas, completas y que es de mi(nuestro) conocimiento.