

# DENUNCIA DE ACCIDENTES



FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO EN LETRAS MAYÚSCULAS:

Póliza Nº : \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## 1. DEL CONTRATANTE:

a) NOMBRE O RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_  
b) DOMICILIO: \_\_\_\_\_

## 2. DEL ACCIDENTADO:

a) NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_  
b) SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
c) DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
d) PROFESION: \_\_\_\_\_ OCUPACION ACTUAL: \_\_\_\_\_

## 3. DATOS DEL ACCIDENTE:

a) FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_  
b) DESCRIPCION DE LOS HECHOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) LESIONES OCURRIDAS (Heridas, fractura, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) ACCESORIOS DE PROTECCION USADOS AL MOMENTO 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 LOS NOMBRES, TELEFONOS Y DIRECCIONES DE LOS TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ESTA ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑÍA? SI  NO

¿EN CUAL? \_\_\_\_\_ MONTO ASEGURADO: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

NOTA: EN CASO DE PRESENTACION DE FACTURAS PARA SU REEMBOLSO O PAGO, ESTAS DEBEN ESTAR EMITIDAS A NOMBRE DE BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A., CON NIT 1020655027