

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

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | | | | | |
|---------------------|---|--|---------------------|---|--|
| Nombres | : | | | | |
| Actividad | : | | | | |
| Cedula de Identidad | : | | Fecha de Nacimiento | : | |
| Dirección | : | | | | |
| Teléfono | : | | Celular | : | |
| Ciudad | : | | Provincia | : | |
| APS | : | | | | |

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

| | | | | | |
|--------|---|--|-----------|---|--|
| Póliza | : | | Endoso | : | |
| Fecha | : | | Hora | : | |
| Lugar | : | | | | |
| Ciudad | : | | Provincia | : | |

1. Detalle el evento

2. ¿Recibió atención médica en algún centro médico, hospital o clínica?

SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

3. ¿Intervino alguna autoridad al momento del accidente?

SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

4. ¿Tiene seguros de vida en otra compañía? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro

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.