

No de Siniestro	No de Póliza	No de Inciso	No de Endoso	No de Reporte

Desde	Vigencia	Hasta	Fecha de Accidente	Hora del Accidente	No. de Lesionados
D M A		D M A	D M A		

Nombre y Apellidos o Denominación o Razón Social del Asegurado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)

Domicilio Particular (Calle No. Colonia C.P. Delegación Municipio Estado)	Teléfono

COBERTURAS AFECTADAS (MARCA CON UN "X")

G.M. Ocupantes	G.M. Conductor	R.C. Pers	Ext. de R.C.	R.C. Pas	G.M.	OTRO (especifique)

Causa de la Lesión

Lesionado	Edad	Teléfono
Nombre		
Dirección		

Médico Designado	Red	Si ☐ No ☐	Teléfono

Sanatorio u Hospital	Convenio	Si ☐ No ☐	Teléfono
Nombre			
Dirección			

Lesiones Aparentes

Observaciones

Les agradeceremos dar atención médica a las lesiones arriba indicadas, por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro de referencia, enviandonos dentro de las 24 hrs. Siguiendo de atendido el paciente, su informe médico y el monto estimado de gastos, así como tiempo estimado de recuperación.

El ajustador declara, bajo protesta de decir verdad, que los datos arriba indicados son correctos y que se cercioró de la veracidad del siniestro y de las lesiones aquí descritas.

"Si el paciente opta por atenderse con otro Médico y Hospital que no sea el asignado por Primero Seguros S.A. de C.V. queda entendido que se aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por Primero Seguros, S.A. de C.V.

Lugar y Fecha

a	de	de

Nombre, Apellidos, Clave y Firma del Ajustador	Nombre, Apellidos, y Firma del Asegurado o Conductor	Nombre, Apellidos, y Firma del Lesionado o Representante