

Datos Generales

Nombre del Asegurado		Apellido paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
No. de Siniestro	No. de Póliza	Inciso	Vigencia desde:	DIA	MES	AÑO	Hasta: DIA MES AÑO
Fecha del Accidente		DIA	MES	AÑO			

Datos del Lesionado

Nombre del Lesionado					
Edad	Teléfono		Ocupante ☐	Tercero ☐	Recibió Atención de Primeros Auxilios ☐ SI ☐ NO
Causa de la Lesión ☐ Atropello ☐ Colisión		Estado del Lesionado ☐ Consciente ☐ Inconsciente		Tipo de Lesión ☐ Contusión ☐ Herida	
Región del cuerpo afectada ☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Miembros Superiores ☐ Torax ☐ Abdomen ☐ Miembros Inferiores					

Descripción de las Lesiones

Datos del Hospital

Nombre de la Institución Hospitalaria:	Teléfono:
Domicilio:	

Limites Máximos de Responsabilidad de esta Cobertura

Limite por Persona:	Limite por Evento:	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en su Persona:
\$	\$	\$

Nombre y Firma del Ajustador:

Nombre y Firma del Lesionado: