



AVISO DE ACCIDENTE

800 026 9906

Número Autorización _____

Nombre contratante: _____
Teléfono: _____ Número de Endoso: _____ Número de Póliza: _____

Procedimiento para Atención Medica

Sección I Datos del Asegurado

Nombre _____ Fecha Nac. _____
Teléfono Casa _____

a) Datos del accidente

Lugar del accidente _____ Fecha ____ / ____ / ____ Hora: _____
Descripción detallada del accidente

Lesiones que presenta: _____

b) Datos de la Persona que lleva al asegurado

Nombre _____
Teléfono Celular _____ Firma _____

Fechado en _____ el _____ de _____ del 20 _____