



**NACIONAL
SEGUROS**
VIDA Y SALUD S.A.

F-792 DENUNCIA DE ACCIDENTE

V:03/Diciembre – 2021/Usó Interno

Siniestro N°: _____

Ramo: _____

ESTE FORMULARIO DEBE ENVIARSE A NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.S. DENTRO DE LOS CINCO DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, DEBIDAMENTE LLENADO

A. DATOS DEL CONTRATANTE

1.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ NIT/Ci: _____

2.DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

B. DATOS DEL ACCIDENTADO O ASEGURADO

1.NOMBRES Y APELLIDOS: _____ 2. FECHA DE NACIMIENTO: _____

3.SEXO: M F 4. Ci: _____ 5. ESTADO CIVIL: _____ 6. NACIONALIDAD: _____

7.DOMICILIO: _____ 8. TELÉFONO: _____

C. DATOS DEL BENEFICIARIO

1.NOMBRES Y APELLIDOS: _____

2.Ci _____ 3. FECHA DE NACIMIENTO: _____

D. DATOS DEL ACCIDENTE

1.FECHA DE OCURRENCIA: _____ 2. HORA: _____ 3. LUGAR _____

4.CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO: _____

5.LESIONES OCURRIDAS (Heridas, Fracturas, etc.) _____

6.CAUSA PRECISA DEL ACCIDENTE: _____

E. DATOS DE LA ASISTENCIA MÉDICA

1.NOMBRE Y DOMICILIO DEL MÉDICO QUE LE PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS: _____

2. ¿EN QUÉ HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO FUE ATENDIDO?: _____

F. INDIQUE NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

1. ¿ESTA ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑÍA? _____

2. ¿EN CUÁL? _____ 3. MONTO ASEGURADO _____

4. ¿HUBO INTERVENCIÓN POLICIAL? SI NO 5. COMISARIA: _____ 6. PUESTO: _____

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMAR DEL CONTRATANTE Y/O DE LA PERSONA QUE FORMULA LA DENUNCIA

