



Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Afectado	Edad	
	Teléfono	
Nombre del Padre o Madre (si el afectado es menor de edad)		
Domicilio		

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el accidente	Fecha	
	Hora	
Descripción detallada del accidente		

ADVERTENCIA: El contrato, Asegurado y Beneficiarios están obligados a declarar los hechos relacionados con el siniestro, tal como lo conozcan o deban conocer. La falsedad en las declaraciones que se efectúen para obtener el pago de un siniestro que de conocerse la verdad no hubiera procedido, pueden ser constitutivas de un delito sancionado por las leyes penales.

DATOS DE LA INSTITUCION

Número de Póliza	2017201801
	Hora
Nombre de la Institución	
Nombre del responsable	
Teléfono	

Firma

Lugar y Fecha