



Declaración de Siniestro de Accidentes Personales

Nº Póliza: _____

Fecha de ocurrencia: _____

Hora: _____

Tomador _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Lugar del Accidente: _____

Lesionado / Asegurado _____

Residencia: Población _____

Calle y nº _____

Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____

Profesión: _____

Actividad o labor realizada en el momento de accidentarse: _____

Causas y circunstancias del accidente

Consecuencias _____
