



**LATINA SEGUROS C.A.**  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**AVISO DE SINIESTRO**  
**ACCIDENTE**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

|           |   |  |         |   |  |
|-----------|---|--|---------|---|--|
| Nombres   | : |  |         |   |  |
| Dirección | : |  |         |   |  |
| Teléfono  | : |  | Celular | : |  |
| APS       | : |  |         |   |  |

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

|                     |   |  |                     |   |  |
|---------------------|---|--|---------------------|---|--|
| Asegurado           | : |  |                     |   |  |
| Cedula de Identidad | : |  | Fecha de Nacimiento | : |  |
| Póliza              | : |  | Endoso              | : |  |
| Fecha               | : |  | Hora                | : |  |
| Lugar               | : |  |                     |   |  |
| Ciudad              | : |  | Provincia           | : |  |

1. Detalle el evento

---

---

---

2. ¿Estuvo hospitalizado? SI  NO

En caso de ser afirmativa su respuesta:

Nombre del hospital o clínica

---

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

3. ¿Intervino alguna autoridad al momento del accidente? SI  NO

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

---

---



## INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ paciente:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico completo: \_\_\_\_\_

Fecha de atención al paciente: \_\_\_\_\_

Si ordenó hospitalización:

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_

En caso de cirugía, por favor describa los procedimientos médicos completos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ordenó interconsulta con otros médicos?: SI  NO

Nombre del médico del inter consulta y especialidad;

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y sello del médico \_\_\_\_\_

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado



El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 40279, el 28 de Diciembre de 2015.