



**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 interconsulta 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 49021, el 23 de Marzo de 2018.