

Institución Contratante			No. de Póliza					
Asegurado o Titular			Ocupación					
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)						
DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO								
Nombre del Asegurado afectado		Fecha de Nacimiento		Edad	Fecha de alta al Seguro			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Parentesco con el Asegurado			Ocupación					
Domicilio		Colonia	Ciudad	Código Postal	Teléfono			
¿Ha presentado gastos anteriores por este accidente en esta u otra Compañía? SI () NO ()						No. de Sin. ()		
Nombre del Agente				Clave del Agente				
Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad								
Detalle el Accidente ¿Cómo y dónde ocurrió?						¿A qué hora ocurrió el accidente?		
¿Qué lesiones corporales declara usted que fueron causados por el accidente?								
¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?								
Hospital en que fue atendido			Hospital en que fue atendido u hospitalizado					
			del			hasta		
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (Anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)								
DATOS DE LOS MEDICOS QUE LO HAN ATENDIDO								
Nombre				Especialidad				
Dirección				Teléfono				

NOTA: Autorizo a las Compañías de Seguros, a los médicos y a los hospitales que me hayan atendido a proporcionar la información que les sea solicitado por SEGUROS EL POTOSI, S.A., en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original. Anexa copia del expediente hospitalario e historia clínica.

AVISO: La inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente informe, releva de toda responsabilidad a Seguros El Potosí, S.A.

San Luis Potosí, S.L.P. a: de

del

Firma o Sello del Titular

Nombre y firma del Asegurado Accidentado