



**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO ANUAL RENOVABLE
FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO**

Formato aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros mediante
Resolución Administrativa No. APS/DJ/DS/N° 1423/2023 de 14/11/2023
COD. 210-934635-2015 12 002 3003

FECHA DE AVISO: / / HORA DE AVISO: : : LUGAR DE AVISO:

I. DATOS DEL DENUNCIANTE

APELLIDOS Y NOMBRES: _____
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____ NÚMERO DE CONTACTO: _____
DOMICILIO: _____

II. DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL: _____
APELLIDOS Y NOMBRES: _____
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____ NÚMERO DE CONTACTO: _____
DOMICILIO: _____

III. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES: _____
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ APELLIDO DE CASADA: _____
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____ TELÉFONO: _____
OCUPACIÓN: _____
DOMICILIO: _____

IV. DATOS DEL ACCIDENTE

OCURRENCIA DEL ACCIDENTE: HERIDO: FALLECIDO:
FECHA: / / HORA: : :
LUGAR: _____

CAUSA Y DESCRIPCIÓN:

V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Tuvo asistencia médica? SI NO Si marco "NO", omita las siguiente preguntas.

Nombre del médico que le presto asistencia médica? _____

En que hospital, clínica o centro médico fue atendido? _____

LUGAR Y FECHA:

Día	Mes	Año	Lugar

Firma del asegurado o denunciante