

El suscrito \_\_\_\_\_ del domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Declaro que el Sr.(a) \_\_\_\_\_ del domicilio de \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Asegurado con Seguros LAFISE según Póliza de Accidentes Personales No.: \_\_\_\_\_

Sufrió un accidente según detalles que proporciono a continuación: \_\_\_\_\_

NOTA: En caso de que el declarante no sea el Asegurado, indique que relación tiene con el mismo: \_\_\_\_\_

1. Describa en que circunstancia ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al empleo: \_\_\_\_\_

4. Nombre y dirección del lugar de trabajo del asegurado: \_\_\_\_\_

5. Al momento de ocurrir el accidente ¿qué acción realizaba el asegurado? \_\_\_\_\_

6. El accidente fue de tránsito? Sí  No  Explique: \_\_\_\_\_

¿El asegurado conducía? Sí  No  No. de licencia: \_\_\_\_\_

7. Tipo de vehículo que conducía: \_\_\_\_\_

8. Lesiones sufridas a consecuencia del accidente: \_\_\_\_\_

9. El asegurado es zurdo o derecho: \_\_\_\_\_

10. Si hay testigos del accidente, indique Nombres y Domicilio de los mismo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Nombre y Domicilio del Doctor(es) que atendieron al asegurado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Hospital, clínica o dispensario donde fue atendido (indique fecha de atención): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. ¿Intervino alguna autoridad competente con motivo del accidente? Sí  No

Autoridad Competente: \_\_\_\_\_

14. Tiene el asegurado Póliza de Accidente Personal con otra Compañía, ¿en cuál y por cuánto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hago (hacemos) constar que las declaraciones contenidas en este formato son correctas, verídicas y que cualquier declaración falsa o inexacta; anula este reclamo y la póliza afectada.

Estoy (estamos) enterado (s) de que la presentación de esta declaración, no significa reconocimiento de los derechos que eventualmente ampara la póliza, ni aceptación de hechos en que pueda fundarse este reclamo y que la decisión de La Compañía será notificada por escrito después del análisis del reclamo.

Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Asegurado o Declarante

RAP DA -HR-2