

Datos Generales

Póliza N°

Siniestro N°

Contratante

Accidentado

E-mail

Teléfono

Dirección

N°

Km

Mz

Dpto.

Int.

Lt.

Urb.

AA.HH.

Coop.

Asoc.

Res.

Profesión

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

/

/

Fecha del accidente

/

/

Lugar exacto

Hora

Testigos

Dirección

¿Hay constancia policial?

SI

NO

Médico de consulta

Dirección

Médico que prestó la primera atención

Dirección

Datos de la cuenta bancaria

BBVA

BCP

Interbank

Scotiabank

Tipo de moneda interbancaria

Soles

Dólares

La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la de los gastos presentados.

Tipos de cuenta

Ahorros

Cuenta Corriente

N° de cuenta

Detalle del accidente

¿Cómo y por qué ocurrió el accidente?

Detalle de las lesiones sufridas

¿Guarda cama el accidentado?

SI

NO

¿Tienen otros seguros de accidente?

SI

NO

Compañía:

¿Puede recibir otras indemnizaciones por el mismo accidente?

SI

NO

¿Goza de los beneficios por el mismo accidente?

SI

NO

Observaciones

Declaración jurada del contratante

Por el presente documento otorgo mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que MAPFRE incluya mis datos personales, sensibles o no, y consignados en el presente documento, en sus sistemas y base de datos, y pueda dar tratamiento a mi información en la ejecución del contrato. Asimismo, consiento expresamente la comunicación de mis datos personales a las entidades y/o personas a las cuales MAPFRE les encargará el cumplimiento de ciertas actividades para el desarrollo del servicio contratado y exclusivamente para dicho fin, teniendo conocimiento de que MAPFRE asegura la confidencialidad de mis datos y garantiza que no los compartirá con personas ajenas, salvo lo indicado en el presente documento.

AUTORIZO A LOS MÉDICOS PARA DAR INFORMES

FIRMA DEL ACCIDENTADO

FIRMA DEL CONTRATANTE