

DECLARACIÓN SIMPLE DE ACCIDENTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	Solicitud	Nº Póliza

II. DESCRIPCIÓN

Descripción del accidente o traumatismo

Fecha de accidente o traumatismo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora de accidente o traumatismo
--	---------------------------------

Tipo de accidente

Deportivo, especifique _____ . De práctica habitual: Si No

Laboral

Otro, especifique _____ .

De Transito. De ser afirmativo, debe adjuntar parte policial y alcoholemia, si procede.

Lugar del accidente

Domicilio Lugar de trabajo Trayecto de trabajo Otro, especifique: _____

Lugar donde recibió la primera atención

Fecha de la primera atención <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora de la primera atención
--	-----------------------------

Firma del Asegurado