

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES INDIVIDUALES

FECHA CÓDIGO DE AGENTE

DATOS GENERALES

Póliza N° 1012330000258	Siniestro N°	Contratante	STEX S.R.L.
Accidentado	E-mail	Teléfono	
Dirección	N° km. Mz.	Dpto. Int. (L.)	Urb. AA.HH. Coop. Asoc. Res.
Profesión	Nacionalidad		
Fecha de nacimiento	Fecha de accidente		
Lugar exacto	Hora	Testigos	
Dirección	¿Hay constancia policial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Médico de consulta	Dirección		
Médico que prestó la primera atención	Dirección		

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

BBVA	<input type="text"/>	BCP	<input type="text"/>
Interbank	<input type="text"/>	Scotiabank	<input type="text"/>
Tipo de moneda de cuenta bancaria	Soles <input type="checkbox"/>	Dólares	<input type="checkbox"/>

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

TIPOS DE CUENTA

Ahorros <input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	N° de Cuenta	<input type="text"/>
----------------------------------	---	--------------	----------------------

DETALLE DEL ACCIDENTE

¿Cómo y por qué ocurrió el accidente?

Detalle de las lesiones sufridas

¿Guarda cama el accidentado? SÍ NO ¿Tiene otros seguros de accidente? SÍ NO Compañía:

¿Puede recibir otras indemnizaciones por el mismo accidente? SÍ NO ¿Goza de los beneficios por el mismo accidente? SÍ 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

CÓD. 40000449