

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES INDIVIDUALES

FECHA CÓDIGO DE AGENTE

DATOS GENERALES

Póliza N° 1012530000297 Sinistro 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? ☐ SÍ ☐ NO

Médico de consulta Dirección

Médico que prestó la primera atención Dirección

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

BBVA BCP

Interbank Scotiabank

Tipo de moneda de cuenta bancaria 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? ☐ 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