MAPFRE

Reporte de Accidente

INSTRUCCIONES:
1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL TITULAR A CARGO DEL AFECTADO CON LETRA DE MOLDE.
2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y EN LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Fecha: _____ **Ciudad o Lugar:** _____

DATOS DEL AFECTADO

Nombre del Paciente:

Edad: _____ Años | Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ (dd / mm / aaaa)

Nombre del Hospital:

INFORMACIÓN MÉDICA

Describa AMPLIAMENTE cómo y dónde ocurrió el accidente:

Fecha del Ocurrido: _____ / _____ / _____ (dd / mm / aaaa) Hora: _____

Lesiones Presentadas:

Firma de Familiar Responsable | Nombre del Familiar Responsable | Teléfono

SAAE-531