

## AVISO DE SINIESTRO DE ACCIDENTES PERSONALES

### 1. DATOS GENERALES DE LA PÓLIZA

ASEGURADO:			
DIRECCIÓN:			
TELÉFONOS:		CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
PÓLIZA No.:			
VIGENCIA: Desde:			
Hasta:			

### 2. DATOS GENERALES DEL SINIESTRO

NOMBRE DEL ACCIDENTADO:		EDAD:	
DIRECCIÓN DEL ACCIDENTADO:			
OCUPACIÓN DEL ACCIDENTADO:			
FECHA DEL ACCIDENTE:		HORA:	
LUGAR DEL ACCIDENTE:			

HUBO PRESENCIA POLICIAL O DE AUTORIDADES: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TESTIGOS DEL ACCIDENTE O AUTORIDADES PRESENTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO/CELULAR

### 3. CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO (BREVE DESCRIPCIÓN DE COMO Y PORQUÉ OCURRIÓ EL ACCIDENTE):

---



---



---



---



---



---

### 4. DATOS Y LESIONES DEL O LOS ASEGURADOS ACCIDENTADOS

<p>Este documento es propiedad de VAZSEGUROS S.A. Su uso, reproducción o distribución total o parcial requiere autorización escrita. El uso no autorizado podrá ser sancionado conforme a la ley.</p>	<p><b>Confidencial</b> Solo personal autorizado. Su divulgación, alteración o uso indebido constituye una infracción a las políticas internas y puede generar responsabilidad legal. El tratamiento de esta información deberá cumplir con lo establecido en la LOPDP y demás normativa aplicable.</p>
---	--

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACCIDENTADO	TIPO DE LESIÓN

**PRIMEROS AUXILIOS**

Indique el nombre del profesional o centro médico que proporcionó los primeros auxilios y/o está recibiendo atención médica:

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIONAL Y/O CENTRO MÉDICO	TELÉFONO/CELULAR

**5. OTROS SEGUROS**

Detalle de otras pólizas de Accidentes Personales que mantenga vigentes:

COMPAÑÍA	PÓLIZA No.:	VIGENCIA	SUMA ASEGURADA

Certifico que la información que antecede es verídica y autorizo a Vazseguros S.A., o a quien la compañía designe para que proceda a la inspección y verificación correspondiente de conformidad con las condiciones de la respectiva póliza.

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado  
 Nombre:  
 C.c. No.:

<p>Este documento es propiedad de VAZSEGUROS S.A. Su uso, reproducción o distribución total o parcial requiere autorización escrita. El uso no autorizado podrá ser sancionado conforme a la ley.</p>	<p><b>Confidencial</b>          Solo personal autorizado. Su divulgación, alteración o uso indebido constituye una infracción a las políticas internas y puede generar responsabilidad legal. El tratamiento de esta información deberá cumplir con lo establecido en la LOPDP y demás normativa aplicable.</p>
---	---



¡es mejor si **VAZ** asegurado!

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

*La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente condición general el número de registro SCVS-3-4-SF-87-261004424-19082024.*

Este documento es propiedad de VAZSEGUROS S.A. Su uso, reproducción o distribución total o parcial requiere autorización escrita. El uso no autorizado podrá ser sancionado conforme a la ley.

**Confidencial**

Solo personal autorizado. Su divulgación, alteración o uso indebido constituye una infracción a las políticas internas y puede generar responsabilidad legal. El tratamiento de esta información deberá cumplir con lo establecido en la LOPDP y demás normativa aplicable.