**GUIA DE LLENADO DE DENUNCIA DE SINIESTRO**

La presente guía de llenado de denuncia de siniestro funge para los ramos de:

* Seguros de Accidentes Personales en grupo anual renovable,
* Seguros de Accidentes Personales individual renovable,
* Seguros de Vida en grupo anual renovable,
* Seguros de Vida en grupo individual renovable.

**Paso 1:** Iniciar el llenado con la siguiente información:



1. **FECHA DE AVISO:** Indicar la fecha del aviso en formato *Dia/Mes/Año*
2. **HORA DE AVISO:** Indicar la hora del aviso en formato *horas: minutos* (24 horas)
3. **LUGAR DE AVISO**: Indicar el lugar donde se realiza el aviso.

**Paso 2:** Describir datos del denunciante, entiéndase por denunciante al acompañante del accidentado, de no existir acompañante **NO LLENAR ESTE CAMPO** y pasar al siguiente paso.



1. **APELLIDOS Y NOMBRES**: Llenar nombres y apellidos completos del denunciante.
2. **CEDULA DE IDENTIDAD**: Llenar el número y lugar de expedición de la cedula de identidad del denunciante.
3. **NUMERO DE CONTACTO**: Llenar con un número de referencia del denunciante.
4. **DOMICILIO**: Llenar la dirección del domicilio actual del denunciante.

**Paso 3:** Señalar datos del tomador, en esta sección llenar los datos de quien ha contratado el seguro (Empresa, Entidad u otros).



1. **NOMBRE/RAZON SOCIAL:** Llenar con el nombre de la (Empresa, Entidad u otros) al que pertenece.
2. **APELLIDOS Y NOMBRES:** Si cuenta con la información correcta.Llenar nombre y apellidos completos del representante legal o persona delegada *(el llenado de este espacio es opcional)*
3. **CEDULA DE IDENTIDAD:** Si cuenta con la información correcta. Llenar el número y lugar de expedición de la cedula de identidad del representante legal o persona delegada (el llenado de este espacio es opcional)
4. **NUMERO DE CONTACTO:** Si cuenta con la información correcta. Llenar con un numero de referencia del denunciante del representante legal o persona delegada (el llenado de este espacio es opcional)
5. **DOMICILIO:** Llenar la dirección del domicilio del Tomador.

**Paso 4:** Llenar datos del asegurado



1. **NOMBRES:** Llenar nombres completos del asegurado.
2. **APELLIDO PATERNO:** Llenar solo apellido paterno del asegurado, en caso de no tener dejar espacio en blanco.
3. **APELLIDO MATERNO:** Llenar solo apellido materno del asegurado, en caso de no tener dejar espacio en blanco.
4. **APELLIDO DE CASADA:** Llenar apellido de casado(a), en caso de no tener dejar espacio en blanco
5. **CEDULA DE IDENTIDAD:** Llenar el número y lugar de expedición de la cedula de identidad del asegurado
6. **TELEFONO:** Llenar con un número de teléfono celular o número fijo del asegurado
7. **OCUPACION:** Llenar la actividad que hace actualmente el asegurado
8. **DOMICILIO:** Llenar la dirección del domicilio actual del asegurado.

**Paso 5:** Describir datos del accidente, en esta sección llenar los datos de manera específica del accidente tal y como aconteció:



1. **HERIDO – FALLECIDO:** marcar con una X en la casilla si el asegurado accidentado es HERIDO o FALLECIDO
2. **OCURRENCIA DEL ACCIDENTE:** señalar únicamente:

**FECHA:** Describir la fecha de cuando ocurrió el accidente en el formato Dia/Mes/Año

**HORA:** indicar una hora aproximada de cuando ocurrió el accidenteen formato *horas: minutos* (24 horas)

1. **LUGAR:** Desglosar información de acuerdo con lo siguiente:
* Describir con precisión: Ciudad o Municipio del departamento de Bolivia que corresponda, en formato: *municipio, departamento.*
* Describir con precisión: Lugar donde sucedió ejemplo *vía pública, vivienda, comando, etc.*
1. **CAUSA Y DESCRIPCION:** Desglosar información respondiendo lo siguiente:
* ¿Cómo inició?
* ¿Cómo ocurrió? Describir que tipo de hecho fue, ejemplo: accidente durante el trabajo, accidente mientras realizaba prácticas, caída u otros que estén debidamente coberturados por la póliza correspondiente.
* ¿Qué aconteció seguidamente del accidente?

**Paso 6:** En esta sección llenar los datos del accidente manera precisa, si corresponde.



Responder de la siguiente manera:

1. **¿Tuvo asistencia médica?**

Respuesta: Marcar con X si tuvo asistencia médica, si la respuesta es negativa, pasar al paso 7.

1. **Nombre del médico que le presto asistencia médica:**

Respuesta: Señalar nombre y apellido del médico que lo atendió

1. **¿En qué hospital, clínica o centro médico fue atendido?**

Respuesta: Señalar nombre completo de la clínica, hospital, posta sanitaria, u otros, especificando la ciudad y/o municipio donde se encuentra

**Paso 7:** Una vez concluidos todos los pasos anteriores, proceder a:



1. **LUGAR Y FECHA:** Indicar el lugar donde se realiza el aviso y la fecha en formato numérico**.**
2. **FIRMA DEL ASEGURADO O DENUNCIANTE:** Firma y nombre del asegurado o denunciante.