



**DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA N°	N°
-----------	----

NOMBRE CONTRATANTE

	RUT
--	-----

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno	RUT
--	-----

Diagnostico	Fecha del Accidente	Edad	Teléfono
-------------	---------------------	------	----------

Consignar Naturaleza y causa del accidente, Relato de cómo sucedió el accidente, detalle del lugar, día y hora

DATOS DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO

BENEFICIARIO	RUT	BANCO	CUENTA DESTINO	CORREO ELECT

DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA

GASTOS MEDICOS

- ✓ Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado.
- ✓ Bonos o Boletas Originales
- ✓ Certificado Médico

FECHA DE RECEPCION COMPAÑIA

Firma del Asegurado Titular