



**Deutsche Schule  
Temuco**

**DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE  
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**



**NOMBRE CONTRATANTE**

Nombre Completo	RUT
-----------------	-----

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre Completo	RUT
-----------------	-----

Diagnostico	Fecha del accidente
-------------	---------------------

Relato de los hechos ocurridos

**DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA**

➤ **Gasto Médicos**

- Formulario denuncia de siniestros
- Facturas y/o bonos de los Gastos Médicos incurridos, estos pueden ser Hospitalarios y/o Ambulatorios.
- Bonos emitidos por sistema Previsional (Isapre o Fonasa) de los Gastos Médicos incurridos.
- Boletas de farmacia con su respectiva receta médica
- Relato del accidente solicitado en formulario de denuncia.
- Los documentos deben ser escaneados y enviados al mail indicado anteriormente **(denunciasvida@mapfre.cl)**
- Informar en formulario de denuncia de siniestro, los datos bancarios de la persona a quien se le debe pagar el siniestro, en caso de no informar cuenta se emitirá vale vista Banco Santander.

**Importante:** La Compañía se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, antecedentes adicionales que estime necesarios para la correcta evaluación del riesgo, tanto del proponente como del asegurado.

**DATOS DE LA PERSONA A INDEMNIZAR POR EL SINIESTRO**

NOMBRE	RUT	BANCO	N ° CUENTA

Correo electrónico: .....

Teléfono de contacto: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular