

**DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA N°

Siniestro N°

Antecedentes Personales

NOMBRE CONTRATANTE

RUT

- Muerte Accidental
 Desmembramiento
 Invalidez Accidental
 Gastos Médicos Accidental

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno

RUT

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

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

DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO TRATANTE

Detallar métodos, diagnósticos empleados (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)

Datos de la Persona a quien liquidar el siniestro

BENEFICIARIOS	Rut	Banco	Cuenta Destino	PARENTESCO

Documentación por Indemnización Solicitada

- Muerte Accidental**
- ✓ Certificado de defunción original.
 - ✓ Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado.
 - ✓ Parte policial si es fallecimiento.
- Invalidez Por Accidente y/o desmembramiento**
- ✓ Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado.
 - ✓ Dictamen de Invalidez. (Compin, Comisión Médica AFP, Comisión Mutual)
 - ✓ Certificado Médico original del centro hospitalario, que indique la fecha en que ocurrió el accidente que produjo la invalidez.
- Gastos Médicos**
- ✓ Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado.
 - ✓ Bonos o Boletas Originales
 - ✓ Certificado Médico

Fecha Recepción Compañía ___/___/___

Firma del Asegurado Titular