



MAPFRE | SEGUROS

**DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA Nº	Nº
-----------	----

NOMBRE CONTRATANTE

	RUT
--	-----

DATOS DEL ASEGURADO

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

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

Consignar causa y relato del accidente (detallar lugar, dia y hora)

DATOS A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE

Detallar diagnóstico (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)

Nombre Medico :	Firma y Timbre Médico:
------------------------	-------------------------------

--	--	--	--

BENEFICIARIO	RUT	CORREO ELECT
--------------	-----	--------------

GASTOS MEDICOS

v Bonos, reembolso o Boletas Originales

FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA

Firma del Asegurado Titular