

**MAPFRE** | SEGUROS**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 A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE

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

DATOS DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO

BENEFICIARIO

RUT

BANCO

CUENTA DESTINO

CORREO ELECT

DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA**MUERTE ACCIDENTAL**

- ✓ Certificado de Defuncion original
- ✓ Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado afectado
- ✓ Parte Policial si es fallecimiento

INVALIDEZ POR ACCIDENTE Y/O DESMEMBRAMIENTO

- ✓ Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado afectado
- ✓ Dictamen de Invalidez. (Compin, Comisión Médica AFP, Comisión Mutua)
- ✓ Certificado Médico original del centro hospitalario, que indique la fecha en que ocurrió el accidente que produjo la invalidez.

GASTOS MEDICOS

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

FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA

Firma del Asegurado Titular