

**MAPFRE | SEGUROS****DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE  
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA Nº 111-26-00019980

Nº

**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