

Denuncia de Siniestros Seguros de Accidentes Personales

Para denunciar un siniestro, el asegurado o los beneficiarios en su caso deberán completar este formulario y hacerlo llegar a las oficinas de la Compañía juntos con los antecedentes necesarios para la evaluación del siniestro a declarar.

Antecedentes Generales

Nº Póliza Vigencia Inicial Nº Siniestro

Cobertura Siniestrada Gastos Médicos por Accidente

Antecedentes del Contratante

R.U.T.

Nombres Apellido 1 Apellido 2

Antecedentes del Asegurado

R.U.T. Fecha Nac.

Nombres Apellido 1 Apellido 2

Indicar Causa que originó el Accidente

Fecha Accidente

--	--

Para denuncias por Accidente, favor describa brevemente las circunstancias del siniestro (Fecha, Hora, Lugar y detalles del Accidente).

COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

1. Diagnostico (detalle) :

2. Detallar diagnósticos y tratamiento a seguir:

Nombre del Médico : _____
 Fecha del Informe : _____

Firma y Timbre del Médico

Documentación por Indemnización Gastos Médicos Por Accidente

- ✓ Formulario Denuncia de Siniestro.
- ✓ Bonos boletas o reembolsos por la atención del accidente.

Detalle de gastos

Prestador	Prestación	fecha	Nº Documento	Valor
			Total, Gastos	

DATOS DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO

Nombre Titular Cuenta Corriente	RUT	BANCO	Nº CUENTA DESTINO	CORREO ELECT

Firma Denunciante _____
 Nombre _____
 Rut _____
 Teléfono Contacto _____

Fecha Recepción Compañía __/__/_____

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor entender y autorizo a todos los doctores o cualquier otra persona que me examinaron, y a todos los hospitales o cualquier otra institución para que suministre información completa en relación con este reclamo a MAPFRE Cía. De Seguros de Vida de Chile S.A.

Cualquier omisión y/o reticencia en cuanto a la información solicitada y entregada o no en este formulario, o enunciaciones no ajustadas a la verdad, producirán la pérdida del derecho a reclamo correspondiente al presente caso.