

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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) :	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Nombre del Médico :		<input type="text"/>
Fecha del Informe :		<input type="text"/>
		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	N° Documento	Valor
			Total, Gastos	
DATOS DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO				
Nombre Titular Cuenta Corriente	RUT	BANCO	N° CUENTA DESTINO	CORREO ELECT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.