



**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 DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO

BENEFICIARIO	RUT	BANCO	CUENTA DESTINO	CORREO ELECT

DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA

GASTOS MEDICOS

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

FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA

Firma del Asegurado Titular