

**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 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