



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				
v Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado.				
v Bonos o Boletas Originales				
v Certificado Médico				
FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA			Firma del Asegurado Titular	