



PROCEDIMIENTO PARA COMPLETAR Y ENVIAR FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO DE PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES DEL COLEGIO ALEMÁN DE VILLARRICA A COMPAÑÍA DE SEGUROS MAPFRE Y SOLICITAR REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS.

- Nº Póliza: 111-23-00017396
- Razón social contratante: Sociedad Germana de Educación Cultura y Beneficencia Lago Villarrica.
- Rut Contratante. 70.662.500-3
- Completar datos del asegurado (alumno accidentado).
- Indicar el diagnóstico del médico tratante.
- Fecha del accidente.
- Edad del asegurado (alumno accidentado).
- Teléfono del apoderado.
- Relatar naturaleza y causa del accidente, aportando detalles de lugar, fecha y hora.
- Indicar datos bancarios del apoderado quien recibirá el reembolso.
- Firmar por el apoderado
- Por último, este formulario + copia del CI por ambos lados del asegurado (alumno accidentado) + bonos y boletas ya descontados por la isapre o Fonasa y certificado que entrega el médico a la hora de la atención, son enviados a:

CORREO: denunciasvida@mapfre.cl

CC: claudia.orellana@mapfre.cl
rkehr@kehr.cl

RODRIGO M. KEHR K.

Ingeniero Comercial U. Católica Temuco
Corredor de Seguros, Reg. Nº 8619 CMF
Asesor Financiero, Acreditación CAMV



+56 9 4297 5541



rkehr@kehr.cl



www.kehr.cl



Avenida Alemania 0650 , Temuco