

**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 A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE

Detallar métodos, diagnósticos empleados (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)

DATOS DE LA PERSONA A QUIEN LIQUIDAR EL SINIESTRO

BENEFICIARIO	RUT	BANCO	CUENTA DESTINO	CORREO ELECT
<input type="text"/>				

DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA**MUERTE ACCIDENTAL**

- Certificado de Defuncion original
- Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado afectado
- Parte Policial si es fallecimiento

INVALIDEZ POR ACCIDENTE Y/O DESMEMBRAMIENTO

- Fotocopia de Cedula de Identidad del asegurado afectado
- Dictamen de Invalidez. (Compin, Comisión Médica AFP, Comisión Mutual)
- Certificado Médico original del centro hospitalario, que indique la fecha en que ocurrió el accidente que produjo la invalidez.

GASTOS MEDICOS

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

FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA Firma del Asegurado Titular