

denuncio de siniestro

accidentes personales

rut.: 99.301.000-6
 avda. apoquindo N° 3150 PISO 8

datos de la póliza

nombre plan accidentes personales	n° póliza	fecha vigencia	último mes pagado	forma de pago	prima (en m.o.)	m.o.
--------------------------------------	-----------	----------------	-------------------	---------------	-----------------	------

datos del denunciante

rut	nombre completo
-----	-----------------

domicilio particular (última actualización)	teléfono
---	----------

datos del asegurado siniestrado

rut	nombre completo
-----	-----------------

tipo de beneficio denunciado -marcar con una x

muertes accidental (ma) <input type="checkbox"/>	Desmembramiento - itp (d-itp) <input type="checkbox"/>	gastos médicos (rgm) <input type="checkbox"/>	fecha y hora del siniestro / / hrs. min.
--	--	---	---

declaración de cómo sucedió el accidente

antecedentes que se adjuntan (detallar)

antecedentes a presentar obligatoriamente

ma	: certificado de defunción + parte policial (si hay) + informe médico que atendió paciente (clínica u hospital)
Desmembramiento	: certificado de nacimiento + parte policial (si hay) + infome médico que atendió paciente (clínica u hospital)
itp	: certificado de nacimiento + dictamen de invalidez
rgm	: informe médico que atendió paciente (clínica u hospital) + boletas u otros comprobantes de los gastos reclamados (reemb. isapre...)

observaciones

declaración jurada

Declaro bajo juramento que la información contenida en este denuncia de siniestro, así como en la documentación presentada, es la expresión fiel de la verdad, por lo que me doy por enterado que la falsedad de esta declaración y/o documentos anexos, implica el no pago de los beneficios correspondientes.

En-----, el-----de-----de-----
sucursat

firma y timbre compañía----- fecha y firma denunciante -----