

**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 causa y relato del accidente (detallar lugar, dia y hora)			
DATOS A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE			
Detallar diagnóstico (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)			
Nombre Medico :		Firma y Timbre Médico:	
BENEFICIARIO	RUT	CORREO ELECT	

GASTOS MEDICOS

v Bonos, reembolso o Boletas Originales

FECHA DE RECEPCION COMPAÑÍA

Firma del Asegurado Titular