

**FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTRO
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Contratante : **LICEO ALEMÁN DEL VERBO DIVINO – LOS ANGELES**

Nº Póliza: **111-09-00002453**

Nombres y Apellidos del Asegurado (Paciente)

RUT

Fecha de Nacimiento

COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

1. Favor consignar naturaleza y causa del Accidente:

2. Diagnostico:

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

Nombre del Médico _____

Inscripción Número Colegio _____

Fecha del Informe _____

Firma y Timbre del Médico

ADJUNTE COPIA ORIGINAL DE LOS BONOS, BOLETAS, RECETAS, ETC., DE LAS PRESTACIONES REALIZADAS A CAUSA DEL ACCIDENTE

DATOS APODERADO A QUIEN LIQUIDAR SINIESTRO:

Nombres y Apellidos de la persona a la que se le debe liquidar el Siniestro

RUT