DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES

NOMBRE CONTRATANTE			
Nombre Completo	LICEO ALEMÁN DEL VERBO DIVINO LOS ANGELES	**RUT**	82.434.300 4

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombre Completo Alumno(a)	**RUT**
Diagnostico	**Fecha del accidente**
Relato de los hechos ocurridos	

DOCUMENTACION POR INDEMNIZACION SOLICITADA

➢ **Gasto Médicos**

- Formulario denuncio de siniestros
- Facturas y/o bonos de los Gastos Médicos incurridos, estos pueden ser Hospitalarios y/o Ambulatorios.
- Bonos emitidos por sistema Previsional (Isapre o Fonasa) de los Gastos Médicos incurridos.
- Boletas de farmacia con su respectiva receta médica
- Relato del accidente solicitado en formulario de denuncia.
- Los documentos deben ser escaneados y enviados al mail indicado anteriormente **(denunciasvida@mapfre.cl)** con copia a (antonieta.ramirez@security.cl)
- Informar en formulario de denuncio de siniestro, los datos bancarios de la persona a quien se le debe pagar el siniestro, en caso de no informar cuenta se emitirá vale vista Banco Santander.

Importante: La Compañía se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, antecedentes adicionales que estime necesarios para la correcta evaluación del riesgo, tanto del proponente como del asegurado.

DATOS DE LA PERSONA A INDEMNIZAR POR EL SINIESTRO

NOMBRE	RUT	BANCO	N ° CUENTA

Correo electrónico: .....

Teléfono de contacto: .....

Firma del Asegurado Titular