

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

Contratante:

Nº Póliza:

Nombres y Apellidos del Asegurado (Paciente)	
<input type="text"/>	
RUT	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Favor consignar naturaleza y causa del Accidente (Detallar Lugar, Día, Hora y Circunstancias en que ocurrió el Accidente):

COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

1. Diagnostico (detalle) :

2. 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 PERSONA A QUIEN LIQUIDAR SINIESTRO:

Nombres y Apellidos de la persona a la que se le debe liquidar el Siniestro	
<input type="text"/>	
RUT	
<input type="text"/>	