

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

Nombres y Apellidos del Asegurado (Paciente)

Fecha de Nacimiento

R.U.T

Nº Póliza

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).

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

Nombre del Médico

Inscripción Número Colegio

Fecha del Informe

Firma y Timbre del Médico