

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

Nombres y Apellidos del Asegurado (Paciente)		
<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	R.U.T	Nº Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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