

## FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Nombre y Apellidos del Asegurado (Paciente)

Fecha Nacimiento

Rut

Poliza

111-17-00011758

### 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