

N° Siniestro _____	CODIGO _____
Liquidador _____	_____
Abogado _____	_____

# FORMULARIO RECLAMO ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA	ITEM N°	AGENTE N°
_____	_____	_____
VIGENCIA		DESDE HASTA
_____		_____

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO**

ASEGURADO (Nombre o Razón Social)	RUT	TELEFONO
ACCIDENTADO (Nombre)	RUT	TELEFONO
En caso de que el accidentado sea alumno de Colegio, señalar APODERADO (Nombre)	RUT	TELEFONO
DIRECCION COMERCIAL ASEGURADO	COMUNA	CIUDAD
DIRECCION PARTICULAR ASEGURADO	COMUNA	CIUDAD
Nacionalidad _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____
Sexo _____	Peso _____ Kgs.	Estatura _____
Empleador / Actividad _____	Cargo _____	
Funciones del Cargo _____		
NORMALMENTE TRABAJO EN: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Campo <input type="checkbox"/> Otro		
Deportes, pasatiempos _____		
Alguna enfermedad o limitación física _____		
Tiene cualquier otro Seguro de Accidentes Personales o de Vida _____		
OBSERVACIONES (Siniestros anteriores u otras):		Tipo de Previsión

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha del accidente	Día	Mes	Año	Lugar del accidente	Hora del accidente
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Describa cómo ocurrió el accidente					
_____					
Testigos del accidente		Dirección		Teléfono	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
Indique cuándo comenzó su incapacidad total					
DOCTORES CONSULTADOS	NOMBRE	DIRECCION		PRIMERA FECHA CONSULTA	
	_____	_____		Día	Mes
	_____	_____		_____	_____
	_____	_____		_____	_____
	_____	_____		_____	_____

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otra institución para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MAPFRE CIA. DE SEGUROS GENERALES DE CHILE S.A.  
Cualquier omisión y/o reticencia en cuanto a la información solicitada y entregada o no en este formulario, o enunciaciones no ajustadas a la verdad, producirán la pérdida del derecho a reclamo correspondiente al presente caso.

FECHA

FIRMA DEL RECLAMANTE

NOTA: EL MEDICO TRATANTE DEBERA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DEL REVERSO.

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO O CIRUJANO**

Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas, indispensables para permitir a nuestro paciente aprovechar los beneficios del seguro. Agradecemos su colaboración.

1 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ 2 Edad \_\_\_\_\_

3 Diagnóstico (Letra clara de imprenta por favor) \_\_\_\_\_

4 ¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ 200\_\_

5 ¿Cuándo consultó el paciente por primera vez? \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ 200\_\_

6 ¿Proviene los daños a su juicio, del accidente que describe el asegurado? \_\_\_\_\_

7 ¿Es Ud. médico habitual de accidentado? \_\_\_\_\_

8 ¿Ha atendido Ud. otras veces al paciente?  
En caso afirmativo, para qué objeto y en qué fechas \_\_\_\_\_

9 ¿Tiene Ud. conocimiento de algún hecho anterior en la historia médica del accidentado que pueda haber contribuido al accidente, o que pueda, de algún modo, retardar su mejoría? \_\_\_\_\_

10 ¿Podría a su juicio catalogarse como Enfermedad Profesional? \_\_\_\_\_

11 OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ 200\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (Médico o Cirujano)

**PARA USO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS SOLAMENTE**

SERVICIO	GASTOS INCURRIDOS				EQUIV. EN U.F.	OBSERVACIONES
	CANT.	COMPL.	PREVISION	CANT. PARTICULAR		
01 CONSULTAS MEDICAS						
02 SERVICIOS HOSPITALARIOS						
03 CIRUGIA - ANESTESIA						
04 VISITAS MEDICAS - HOSP.						
05 RAYOS X - LAB.						
06 PABELLON YESO						
07 GASTOS ESPECIALES						
08 TRATAMIENTO ESPECIAL						
09 FARMACIA						
10 OTROS						
11 OTROS						
12 INCAP. TOTAL TEMPORAL	TOTAL DIAS INCAP.		x UF	TOTAL		
13 INDEM. DIAS HOSPITALIZ.	TOTAL DIAS HOSP.		x UF	TOTAL		
				TOTAL		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

PARIDAD 1UF = \$ \_\_\_\_\_ INDEMNIZAR A: \_\_\_\_\_

CODIGO	COBERTURA	COD. REAS.	MONTO	PRIMA
PRIMA NETA				
DESC. FONASA <input type="checkbox"/>	DESC. ISAPRE <input type="checkbox"/>	ATENCION PARTICULAR <input type="checkbox"/>		

FECHA \_\_\_\_\_

Vº Bº DEPTO. SINIESTROS