

SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL E INCAPACIDAD PERMANENTE  
FORMULARIO PARA LA DECLARACIÓN DE SINIESTROS



SECCIÓN 1: DATOS DE LA EMPRESA CONTRATISTA

NOMBRE	
RUT	
REPRESENTANTE LEGAL	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO(S)	
CORREO ELECTRÓNICO	

SECCIÓN 2: DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	
RUT	
N° CONTRATO EN QUE SE DESEMPEÑA	
CARGO/FUNCIÓN	

SECCIÓN 3: DATOS PERSONA DE CONTACTO

NOMBRE	
RUT	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO(S)	
CORREO ELECTRÓNICO	

SECCIÓN 3: DOCUMENTOS ADJUNTOS  
(MARCAR CON TICKETS)

	SI	NO
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		
CERTIFICADO DE MUTUAL (Acc. Laboral)		
PARTE POLICIAL		
CERTIFICADO DE ALCOHOLEMIA		
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		
DICTAMEN COMISIÓN MÉDICA		
CONTRATO DE TRABAJO		
CERTIFICADO PREVISIONAL		
OTROS (ESPECIFICAR)		
_____		
_____		
_____		