**DENUNCIA SINIESTROS INVALIDEZ**

**ASEGURADO(A)**

|  |
| --- |
| **Nombre: Rut:** |
| **Dirección:** |
| **Comuna: Teléfono:** |
| **Email:** |
| **Cargo:** |

**EMPLEADOR**

|  |
| --- |
| **Nombre: Rut:** |
| **Dirección:** |
| **Comuna: Teléfono:** |
| **Email:** |

**ACCIDENTE**

|  |
| --- |
| **Fecha de accidente: Hora accidente:** |
| **Lugar del accidente:** |
| **Descripción del accidente:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Estuvo internado en hospital:** |
| **Dirección hospital:** |
| **Médico tratante:** |
|  |
| **Fecha de ingreso: Fecha de salida:** |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre reclamante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Reclamante |

Fecha denuncia: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_