



PROCEDIMIENTO PARA COMPLETAR FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINISTRO

- N.º Póliza: **111-25-00018880**
- Razón Social Contratante: **FUNDACIÓN EDUCACIONAL COLEGIO BAUTISTA**
- Rut Contratante: **65.745.680-2**
- Completar datos del asegurado (alumno accidentado).
- Indicar el diagnóstico del médico tratante.
- Fecha del accidente.
- Edad del asegurado (alumno accidentado).
- Teléfono del apoderado.
- Relatar naturaleza y causa del accidente, aportando detalles de lugar, fecha y hora.
- Indicar datos bancarios del apoderado quien recibirá el reembolso.
- Firmar por el apoderado
- Por último, este formulario + copia del CI por ambos lados del asegurado (alumno accidentado) + bonos y boletas ya descontados por la isapre o Fonasa y certificado que entrega el médico a la hora de la atención, son enviados a:

CORREO: denunciasvida@mapfre.cl

CON COPIA A: ngarcia@addvaloraglobal.com

rkehr@kehr.cl

