FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE COMPLETO: RUT: -

RELACION CON SINIESTRADO: FECHA NACIMIENTO: / /

CORREO ELECTRONICO:

SE INFORMA QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO ANTES INDICADA.
SOLO EN CASO QUE EL RECLAMANTE NO DISPONGA DE UN CORREO ELECTRONICO PERSONAL O SE OPONGA A ESA VIA DE COMUNICACION, LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN POR CORREO CERTIFICADO A LA SIGUIENTE DIRECCION.

DIRECCION PARTICULAR: N° DEPTO/CASA:

VILLA/POBL. COMUNA: REGION

TELEFONO PARTICULAR: CELULAR: TRABAJO:

DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO (SOLO SI ES DISTINTO AL RECLAMANTE)

NOMBRE COMPLETO: RUT: -

RELACION CON RECLAMANTE: FECHA NACIMIENTO: / /

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (SOLO SI ES DISTINTO AL SINIESTRADO)

NOMBRE COMPLETO: RUT: -

RELACION CON SINIESTRADO: FECHA NACIMIENTO: / /

COBERTURAS RECLAMADAS

NOMBRE COBERTURA	N° DE POLIZA

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA OCURRENCIA: / / (FECHA FALLECIMIENTO / FECHA DECLARACION DE INVALIDEZ / FECHA DIAGNOSTICO ENFERMEDAD)

EVENTO DENUNCIADO: ES EL HECHO OCURRIDO QUE USTED ESTIMA DEBE SER INDEMNIZADO POR EL SEGURO:

- ☐ FALLECIMIENTO
- ☐ FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE
- ☐ INCAPACIDAD PERMANENTE (INVALIDEZ)
- ☐ DESMEMBRAMIENTO
- ☐ ENFERMEDAD GRAVE
- ☐ OTRO (INDICAR) _____

BREVE RELATO DE LOS HECHOS O CAUSAS DEL EVENTO DENUNCIADO: _____

RECINTOS HOSPITALARIOS DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL O LOS MEDICOS QUE TRATARON AL PACIENTE: _____

INDIQUE LA INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL ASEGURADO SINIESTRADO:

☐ ISAPRE_____ ☐ FONASA ☐ OTRO_____

SI LA CAUSA DEL SINIESTRO ES ACCIDENTAL, FAVOR INDICAR:

FECHA ACCIDENTE: ___/___/___ HORA: _____

ACTIVIDAD QUE REALIZABA O CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE:_____

_____

_____

LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

_____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE: _____

_____

_____

DOCUMENTOS ADJUNTOS

☐ CERTIFICADO DE DEFUNCION

☐ CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO

☐ INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD O POR ACCIDENTEPARTE

☐ POLICIAL

☐ INFORME DE AUTOPSIA INFORME

☐ ALCOHOLEMIA

☐ CEDULA IDENTIDAD O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SINIESTRADOSCEDULA

☐ IDENTIDAD O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL O LOS BENEFICIARIOS

☐ OTROS_____

INFORMACION IMPORTANTE

(LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR)

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 20 DEL REGLAMENTO DE LOS AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS Y PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO Nº 1055), COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS OPONERSE A LA LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICITAR POR ESCRITO A SERVICIO AL CLIENTE, AL CORREO ELECTRONICO **CLIENTESHIPOTECARIA@SECURITY.CL** O A TRAVES DE CARTA CERTIFICADA A ALCANTARA 200, PISO 8, OFICINA 802, LAS CONDES.

_____

FIRMA RECLAMANTE

NOMBRE RECLAMANTE: _____

RUT: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐

FECHA: ___/___/___

IDENTIFICACION PERSONA QUE RECIBIO EL DENUNCIO

NOMBRE: _____ _____

RUT: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐ FIRMA