

FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS VIDA PENSIONADOS

Fecha de Denuncia

Nombre o Razón Social Contratante de la Póliza:

Nº de la Póliza:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut
Dirección	Comuna	Ciudad	Fono Contacto
<input type="checkbox"/>	Acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones al siguiente correo electrónico		@
<input type="checkbox"/>	No acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones vía correo electrónico, sino que vía carta a la dirección mencionada anteriormente		

DATOS DEL DENUNCIANTE (completar sólo si el denunciante es diferente del Asegurado)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut
Dirección	Comuna	Ciudad	Fono Contacto
<input type="checkbox"/>	Acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones al siguiente correo electrónico		@
<input type="checkbox"/>	No acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones vía correo electrónico, sino que vía carta a la dirección mencionada anteriormente		

COBERTURA DENUNCIADA :

Fecha de Ocurriencia del Siniestro:

PERDIDA RECLAMADA

RELATO DE CÓMO OCURRIÓ EL SINIESTRO:

ANTECEDENTES ADICIONALES:

La obtención de los documentos necesarios es de responsabilidad del asegurado, debiendo entregar los originales o copias legalizadas ante notario, a excepción de aquellos casos en que se solicita fotocopia.

Nota: Declaro que toda información entregada es verdadera y completa. Autorizo a la Compañía de Seguros a solicitar información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización.

El siniestro será liquidado directamente por BNP Paribas Cardif Seguros de Generales S.A., en adelante "La Compañía", domiciliada en Vitacura 2670 piso 13 Las Condes. Sin perjuicio de lo anterior, Ud. dispone de un plazo de 5 días, a contar de la fecha de este denuncia, para solicitar la designación de un liquidador oficial de seguros. Para mayor información sobre la liquidación directa usted puede comunicarse al 800 360 100.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales para proceder al pago de beneficios.

Fecha	Firma
--------------	--------------

RECLAMANTE

Fecha	Firma
--------------	--------------

**RECEPCIONADO CORREDOR DE
SEGUROS LA CAMARA LTDA.**

Fecha	Firma
--------------	--------------

**RECEPCIONADO BNP PARIBAS CARDIF
SEGUROS GENERALES S.A**