

Fecha
Nº de Siniestro

Formulario Denuncio de Siniestros

Datos del Contratante

Nombre del Contratante		RUT
Nº de Póliza	Vigencia	Cobertura reclamada

Datos del Asegurado (completar de puño y letra del denunciante)

Nombre del Asegurado		RUT
Fecha de Nacimiento	Isapre	AFP
Dirección		Teléfono
Nombre del Denunciante		RUT
Email*		
Deseo recibir información en mi correo electrónico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

***Estimado Cliente: Proporcionar su dirección de email en forma correcta es muy importante ya que nos permitirá enviarte en forma rápida y segura la información adicional necesaria que la Compañía precise para liquidar correctamente su Siniestro.**

Descripción del Siniestro por el Denunciante

Firma	Fecha

Antecedentes Adjuntos

<input type="checkbox"/> Certificado de Defunción	
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento	
<input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante	
<input type="checkbox"/> Ficha Clínica	
<input type="checkbox"/> Parte Policial	
<input type="checkbox"/> Resultado de Alcoholemia y Test de Drogas	
<input type="checkbox"/> Otros	

Nombre Ejecutivo Principal	Sucursal	Firma y Timbre	Fecha