

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	Fecha del Siniestro
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 enviarle 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