

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

SEGURO CATASTROFICO

Procedimiento:

PASO 1:

- Presentar documentos a través de casilla **siniestrosbcs@bancochile.cl**, enviar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB, indicando en el asunto del mail si es un Denuncio o una Documentación adicional con rut. del Asegurado.

NOTA: Se solicita guardar documentación original por si en un futuro es solicitado por Compañía de Seguros.

PASO 2:

- Existe un **plazo de 60 días** para presentar los antecedentes, contados desde la fecha de ocurrido el evento.

La compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes que estime necesarios para la liquidación del siniestro.

Importante: Para mayor información sobre cobertura y condiciones de su producto, favor consultar la póliza del seguro contratado.

FORMULARIO DE DENUNCIA

SEGURO CATASTROFICO

DATOS DEL ASEGURADO (OBLIGATORIOS Y LEGIBLES)	
Nombre Completo:	RUT:
Dirección particular:	
Comuna:	Ciudad:
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail*:	Fecha de Siniestro:

*Toda la información respecto del siniestro será comunicada vía e-mail. En caso de alguna duda comunicarse al 800 210 023

DATOS DEL DENUNCIANTE (si es el asegurado no completar nuevamente)	
Nombre Completo:	RUT:
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail*:	

DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO	
Autorizo Medio de Pago :	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	

*El pago del siniestro es realizado al asegurado. Si los datos indicados no corresponden al asegurado es emitido un vale vista

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA

Enviar al correo siniestrosbcs@bancochile.cl los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada

- El presente formulario de denuncia de siniestro firmado por el Asegurado.
- Fotocopia simple de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.
- Informe Médico Tratante.
- Ficha Clínica
- Bonos emitidos por Isapre o Fonasa
- Reembolsos de gastos médicos
- Boletas de Copago realizadas al Prestador (Original).
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.
- Declaración Jurada Simple.

Recuerde que su solicitud se mantendrá pendiente hasta que Compañía de Seguros recepcione el total de documentos requeridos en cada tipo de cobertura.

Importante:

- Para conocer el estado de su siniestro llamando al 800 210 023.
- Para enviar documentos adicionales faltantes, usted puede hacerlos llegar vía mail a nuestra casilla: **siniestrosbcs@bancochile.cl**. No olvide considerar un peso máximo de 3MB en los documentos adjuntos.
- **Autorizo a Banchile Corredora de Seguros y la Compañía de Seguros haga envío al mail registrado en este formulario información del siniestro.**

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

RECLAMANTE

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

RECEPCIONADO BANCO