

## ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO? SEGURO DE VIDA PREFERENTE

---

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.

### 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 DE VIDA PREFERENTE

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

\*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:	
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail:	

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

\*El pago del siniestro debe ser al asegurado, por lo que los datos de la cuenta indicada deben pertenecer al mismo.

<p><b><u>FALLECIMIENTO NATURAL O ACCIDENTAL</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> El presente formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado defunción en que se indique causa de la muerte.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia simple de Carnet de Identidad del asegurado por ambos lados.</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica.</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones médicas de Isapre o Fonasa.</p> <p><input type="checkbox"/> Parte policial (solo en caso de Muerte Accidental).</p> <p><input type="checkbox"/> Informe de autopsia.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante.</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de informe de alcoholemia y toxicológico.</p> <p><input type="checkbox"/> En los casos que existan beneficiarios del seguro se debe presentar cédula de identidad de ellos, en caso contrario, presentar posesión efectiva.</p> <p><b><u>INVALIDEZ ACCIDENTAL</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Dictamen de Invalidez</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia simple de Carnet de Identidad del asegurado por ambos lados.</p> <p><input type="checkbox"/> Parte policial</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de informe de alcoholemia</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de informe toxicológico.</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de prestaciones médicas de Isapre o Fonasa Con antigüedad 4 años</p>
--

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 estado de su siniestro, usted puede llamar al 800 210 023
- Para enviar 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	