

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

SEGURO APOYO EMPRESAS

Procedimiento:

PASO 1:

- Una vez ocurrido el siniestro, en un **plazo máximo de 10 días hábiles** debe realizar la denuncia en **una** de las siguientes entidades:
 - Página de Fiscalía de Chile **w3.fiscaliadechile.cl**
 - Ingresa a la página **w3.fiscaliadechile.cl**
 - Descarga el formulario y complétalo con todos los antecedentes ahí requeridos.
 - **Dependiendo del lugar de ocurrencia de los hechos, busca el correo electrónico correspondiente** a la Fiscalía Regional o Local en la misma página y envíe los antecedentes. (*No olvide adjuntar el formulario).
 - Página de Comisaria virtual **w3.comisariavirtual.cl** (Solo si cuenta con clave única)
 - Ingresa a la página **w3.comisariavirtual.cl**
 - Seleccione la opción **Denuncias** (No constancias)

Importante: La denuncia se debe ingresar en solo una de las opciones mencionadas, luego enviar al seguro el parte policial extendido que emite la fiscalía correspondiente en forma posterior.

Nota: Cobertura Rotura de Cristales no requiere denuncia policial

PASO 2:

- En caso de **Robo de Cheque** Debe llamar en forma inmediata al número (02) 2 468 06 00 para objetar y/o solicitar orden de no pago de los cheques robados.

PASO 3:

- Enviar documentación detallada en formulario de denuncia a la casilla **siniestrosbcs@bancochile.cl** dentro de los 30 días desde ocurrido el siniestro. No olvide considerar un peso máximo de 3MB en los documentos adjuntos.

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 APOYO EMPRESA

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 SINIESTRO
Fecha del Siniestro:

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.

ROTURA DE CRISTALES

- El presente formulario firmado por el asegurado incluyendo el relato de los hechos.
- Fotocopia del Rut de la Empresa asegurada
- Comprobante que acredite ubicación asegurada, ejemplo: registro SII, boleta o factura de servicios básicos (agua, luz, telefonía, autopista, etc.) A nombre del asegurado indicando la dirección asegurada, también pueden ser estados de cuentas bancarias o casas comerciales.
- Fotografías que acrediten el daño que da origen al denuncia de siniestro.
- Presupuesto por reposición de cristal y/o copia de factura por gasto incurrido.

INSTALACIONES Y/O EQUIPO ELECTRONICO

- El presente formulario firmado por el asegurado incluyendo el relato de los hechos.
- Copia Denuncia policial en caso de Robo
- Fotocopia del Rut de la Empresa asegurada
- Comprobante que acredite ubicación asegurada, ejemplo: registro SII, boleta o factura de servicios básicos (agua, luz, telefonía, autopista, etc.) A nombre del asegurado indicando la dirección asegurada, también pueden ser estados de cuentas bancarias o casas comerciales.
- En caso de remplazo del bien, deberá acreditar presupuesto que detalle los costos de piezas y mano de obra que involucre la reparación,
- Informe de Evaluación de daños en el equipo y su causa, cuando el bien deja de funcionar sin motivo aparente

Noviembre 2021

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 directo al mail registrado en este formulario información del siniestro.**

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

RECLAMANTE

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

RECEPCIONADO BANCO

