

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

VIDA CON AHORRO

Procedimiento:

PASO 1:

- Presentar los documentos detallados en el siguiente formulario según la cobertura que desea activar a través de casilla **siniestrosbcs@bancochile.cl**.
- Debe enviar toda la 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. Considere siempre informar el 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 DE SINIESTROS

VIDA CON AHORRO

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

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

DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO	
*El pago del siniestro debe ser al asegurado, por lo que los datos de la cuenta indicada deben pertenecer al mismo.	
Autorizo Medio de Pago: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Vale Vista	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA	
Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada	
<p>Fallecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios. <input type="checkbox"/> Certificado Defunción Original. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Muerte Accidental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio <input type="checkbox"/> Certificado Defunción Original. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios. <input type="checkbox"/> Parte Policial. <input type="checkbox"/> Protocolo de Autopsia. <input type="checkbox"/> Resultado de Alcoholemia. Resultado Toxicológico. 	<p>Invalidez Permanente y definitiva dos Tercios</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Resultado de Alcoholemia. Resultado Toxicológico <input type="checkbox"/> Dictamen de Invalidez <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Anticipo por Enfermedades Graves</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica de la Enfermedad. <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes <input type="checkbox"/> Biopsia con Resultado Positivo <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Declaración simple en caso de accidente:

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 resolución de su siniestro, usted puede llamar al 800 210 023.
- Para enviar adicionales faltantes, usted puede hacerlos llegar directamente vía mail a nuestra casilla: siniestrosbcs@bancochile.cl.
- **Autorizo a Banchile Corredora de Seguros y la compañía liquidadora del siniestro haga envío directo al mail registrado en este formulario.**

NOTAS:

- Enviar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB.
- Indicar en el asunto del mail si es un Denuncio o una Documentación adicional.
- Se solicita guardar documentación original por si en un futuro es solicitado por Compañía de Seguros.

Fecha	Firma

RECLAMANTE

Fecha	Firma

RECEPCIONADO BANCO