

# ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

## SEGURO OBLIGATORIO COVID-19 LEY N°21342

---

### Procedimiento:

#### PASO 1:

- Tan pronto sea posible, recopile los antecedentes mínimos requeridos mencionados en el formulario para activar la póliza.
- El plazo de liquidación de la Compañía de seguros para la evaluación de su siniestro es de 10 días hábiles. Las indemnizaciones por la cobertura de salud se pagarán, dentro del mismo plazo indicado en el párrafo anterior en forma directa al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional, según corresponda.

#### PASO 2:

- Envíe los antecedentes a la casilla [siniestrosbcs@bancochile.cl](mailto:siniestrosbcs@bancochile.cl), adjuntando la documentación mínima requerida.
- Indique en el asunto del mail: Denuncio SEGURO OBLIGATORIO COVID19
- Toda documentación adjunta debe ser enviada en formato PDF con un peso no superior a 3 MB

NOTAS: No olvide indicar en el asunto del mail si es un Denuncio o una Documentación adicional.

### IMPORTANTE

El plazo de liquidación de la Compañía de seguros para la evaluación de su siniestro es de 10 días hábiles. Las indemnizaciones por la cobertura de salud se pagarán, dentro del mismo plazo indicado en el párrafo anterior en forma directa al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional, según corresponda.

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

# FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

## SEGURO OBLIGATORIO COVID-19 LEY N°21342

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

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

<b>DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO</b>	
Nombre Completo:	RUT:
Nombre Titular Cuenta (Asegurado):	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	

<b>DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA</b>	
Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada	
<p><b>Cobertura Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio de Siniestro</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia cedula identidad del asegurado</li> <li><input type="checkbox"/> Epicrisis del asegurado emitido por médico tratante que indique el diagnostico de COVID -19</li> <li><input type="checkbox"/> Recibos, comprobantes de pago, boletas o facturas que den cuenta de los gastos amparados por la póliza.</li> <li><input type="checkbox"/> Liquidación final del copago realizado al centro hospitalario</li> </ul>	<p><b>Cobertura de Fallecimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio de Siniestro</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia cedula identidad del asegurado</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de Defunción con causa de muerte COVID 19</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o certificado de acuerdo de unión civil.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de ser soltero (a) y con hijos, certificado de nacimiento de cada hijo</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de ser soltero y sin hijos, certificado de nacimiento del asegurado.</li> <li><input type="checkbox"/> Finalmente, a falta de lo señalado, se deberá presentar posesión efectiva</li> </ul>

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](mailto:siniestrosbcs@bancochile.cl).
- **Autorizo a Banchile Corredora de Seguros y la compañía liquidadora del siniestro haga envío directo al mail registrado en este formulario.**

Fecha	Firma

RECLAMANTE

Fecha	Firma

RECEPCIONADO BANCO