

# ¿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:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Asegurado):	
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 <a href="mailto:siniestrosbcs@bancochile.cl">siniestrosbcs@bancochile.cl</a> los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada
<input type="checkbox"/> El presente formulario de denuncia de siniestro firmado por el Asegurado. <input type="checkbox"/> Fotocopia simple de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Bonos emitidos por Isapre o Fonasa. <input type="checkbox"/> Reembolsos de gastos médicos. <input type="checkbox"/> Boletas de Copago realizadas al Prestador (Original). <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <input type="checkbox"/> Declaración Simple Jurada (adjunta al final de este documento).

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

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**  
**SOBRE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_, Rut. N° \_\_\_\_\_, declaro que los gastos médicos cuya devolución he solicitado a Chubb Seguros de Vida Chile S.A., en virtud de la póliza de seguros que mantengo vigente con dicha compañía, no han sido reembolsados previamente, ni tampoco serán reembolsados de forma paralela o futura, por ninguna otra institución que otorgue los mismos o similares beneficios de salud.

Declaro estar en conocimiento que, solicitar a Chubb Seguros de Vida Chile S.A., el reembolso de gastos que ya fueron bonificados por otra Compañía de Seguros, Bienestar, Convenio con Clínica, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales, etc., podría configurar el delito de pago total o parcialmente indebido de un seguro, cuya pena está establecida en el art. 470 N° 10 del Código Penal.

Asimismo declaro estar en conocimiento que, en caso de comprobarse que la presente declaración es falsa, podría incurrir en alguna de las penas de falso testimonio y perjurio establecidas en el Código Penal.

Sin perjuicio de lo señalado, en caso de contar con otro seguro, que otorgue beneficios similares, declaro que en primer lugar enviaré los gastos médicos a (marcar con una "X" la opción que elija):

	Otra Compañía (indicar nombre): _____
	Chubb

**Firma Asegurado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:**