

# ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

## VIDA SALUDABLE

---

### 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 SALUDABLE

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*:	

1.- DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO BENEFICIARIOS DECLARADOS EN PÓLIZA/ HEREDEROS LEGALES	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Beneficiario):	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	
2.- DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO BENEFICIARIOS DECLARADOS EN PÓLIZA/ HEREDEROS LEGALES	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Beneficiario):	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	
3.- DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO BENEFICIARIOS DECLARADOS EN PÓLIZA/ HEREDEROS LEGALES	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Beneficiario):	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	
4.- DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO BENEFICIARIOS DECLARADOS EN PÓLIZA/ HEREDEROS LEGALES	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Beneficiario):	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	
5.- DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO BENEFICIARIOS DECLARADOS EN PÓLIZA/ HEREDEROS LEGALES	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Beneficiario):	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	

\*El pago del siniestro es realizado al beneficiario. Si los datos indicados no corresponden al beneficiario es emitido un vale vista.

\*En caso de no indicar beneficiarios la indemnización del seguro, será pagado por la compañía aseguradora a los herederos legales del asegurado con posesión efectiva.

# FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

## VIDA SALUDABLE

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA	
Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada	
<p><b>Fallecimiento Natural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado Defunción con causa de muerte.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios.</li> <li><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante.</li> <li><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</li> <li><input type="checkbox"/> Posesión efectiva (Herederos legales) *</li> </ul>	<p><b>Muerte Accidental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado Defunción con causa de muerte.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios.</li> <li><input type="checkbox"/> Parte Policial.</li> <li><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante.</li> <li><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</li> <li><input type="checkbox"/> Protocolo de Autopsia.</li> <li><input type="checkbox"/> Resultado de Alcoholemia.</li> <li><input type="checkbox"/> Resultado Toxicológico.</li> <li><input type="checkbox"/> Posesión efectiva (Herederos legales) *</li> </ul>

\*Este documento debe ser presentado por Herederos legales.

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](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.**

**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