

### DENUNCIO DE SINIESTROS COLECTIVOS

Esta comunicación constituye Notificación del Siniestro a Seguros de Vida SURA S.A., pero no libera obligación de presentarlo firmado en original adjuntando los documentos respectivos que se indican al final de esta declaración. En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte la información adicional en otro formulario de Denuncio de Siniestros

#### IDENTIFICACION DEL RECLAMANTE

RUT  -  Apellido Paterno  Apellido Materno

Nombres  Vínculo con Asegurado

Teléfono Fijo  -  Celular  -  E-mail

Dirección (Calle, N°, Depto.)

#### IDENTIFICACION DEL ASEGURADO (si es distinto al reclamante)

RUT  Apellido Paterno  Apellido Materno

Nombres  N° Póliza (s)

#### TIPO DE SINIESTRO (marque en la celda(s) que corresponda(n))

Fallecimiento  Invalidez  Muerte Accidental  Otro

#### DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia

Resumen de los hechos y/o circunstancias del siniestro, indicando fechas:

#### DECLARACION

Declaro bajo juramento que la información, documentos y antecedentes proporcionados corresponden a la realidad y son auténticos.

\* Autorización: Por medio del presente, autorizo a cualquier Hospital, Clínica, Médico o Empleador para que suministre a Seguros de Vida SURA S.A., Rut. 96.549.050-7, parte o toda la información relacionada con alguna enfermedad o accidente, tales como historial médico, consultas, exámenes o tratamiento y/o copias de todos los registros médicos ambulatorios u Hospitalarios del asegurado siniestrado más arriba individualizado.

Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la evaluación, sin perjuicio de la(s) gestiones y antecedentes que posteriormente la Compañía requiera.

#### ANTECEDENTES BÁSICOS QUE DEBE ADJUNTAR CON LA PRESENTACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN EN LA COMPAÑÍA

##### Fallecimiento Natural

- 1.- Certificado de Defunción con causa de muerte, en original (no fotocopia).
- 2.- Fotocopia de la Cedula de Identidad
- 3.- Fotocopia de la cédula de identidad del (los) beneficiario(s) por ambos lados.

##### En caso de Invalidez

- 1.- Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del Asegurado
- 2.- Dictamen de Invalidez ejecutoriado

##### Fecha de Declaración

/  /

Día Mes Año

-

Rut del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

##### Fecha Recepcion Cia.

/  /

Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Timbre Recepción Operaciones