

## 1. ANTECEDENTES GENERALES

N° DE PÓLIZA	PRODUCTO	OFICINA DESTINO EVENTUAL PAGO
[Grid for policy number, product, and office]		
NOMBRE DEL CONTRATANTE (APELLIDOS, NOMBRES)		
[Text field for contractant name]		
NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO (APELLIDOS, NOMBRES)		RUT
[Text field for insured name]		[Grid for RUT]

## 2. DATOS CONTACTO DENUNCIANTE

NOMBRE DEL DENUNCIANTE (APELLIDOS, NOMBRES)		RUT
[Text field for name]		[Grid for RUT]
DIRECCIÓN		TELÉFONO
[Text field for address]		[Text field for phone]
COMUNA	CIUDAD	
[Text field for commune]	[Text field for city]	
¿AUTORIZA EL ENVÍO DE CORRESPONDENCIA A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO? (*VER 2da HOJA) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO: [Text field]		

## 3. BREVE HISTORIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO

FECHA DEL SINIESTRO	[Grid for date]
[Text area for brief history of the claim]	

## 4. VER REQUERIMIENTOS POR COBERTURA AL REVERSO

SI SU DENUNCIO ES POR REEMBOLSOS MEDICOS DETALLE:

PREVISIÓN	<input type="checkbox"/> ISAPRE	OTROS SEGUROS	<input type="checkbox"/> BIENESTAR
	<input type="checkbox"/> FONASA		<input type="checkbox"/> SEGUROS QUE OTORGEN BENEFICIOS DE SALUD
	<input type="checkbox"/> OTRO [Text field]		<input type="checkbox"/> NINGUNO

## 5. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Seleccione)

<input type="checkbox"/> CARTA DENUNCIA	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
<input type="checkbox"/> PARTE POLICIAL	<input type="checkbox"/> INFORME DE INVALIDEZ
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO	<input type="checkbox"/> OTROS DOCUMENTOS
<input type="checkbox"/> BOLETAS (DETALLAR NÚMEROS): [Text field]	

## 6. LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 20 DEL DECRETO SUPREMO N° 1055 DE 2012, DEL MINISTERIO DE HACIENDA, SE INFORMA QUE LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO DENUNCIADO SERÁ PRACTICADA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. NO OBSTANTE A LO ANTERIOR, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRÁ, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE ESTA FECHA, OPONERSE A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, SOLICITÁNDOLE POR ESCRITO, QUE ÉSTA DESIGNE A UN LIQUIDADOR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 21 DEL MISMO DECRETO SUPREMO. (Leer Artículos 20 y 21 en la 2da HOJA)

[Grid for RUT]	<b>USO INTERNO</b>
RUT DEL DENUNCIANTE	[Text field for name and signature]
[Text field for signature]	OFICINA
FIRMA DEL DENUNCIANTE	FECHA RECEPCIÓN DENUNCIO CONSORCIO
	[Grid for date: día, mes, año]

COPIA: DENUNCIANTE

ORIGINAL: DEPTO. SINIESTROS VIDA

FSIV004-220813 [ABASCNS049]

# DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SINIESTROS

## 1.- FALLECIMIENTO:

### A) VIDA INDIVIDUAL Y COLECTIVOS TEMPORALES:

- Certificado de defunción con causa de muerte
- Certificado de nacimiento y fotocopia de la cédula de identidad de los beneficiarios
- Informe del Médico Tratante

### B) DESGRAVAMEN:

- Certificado de defunción con causa de muerte
- Liquidación de la deuda, saldo insoluto

## 2.- BENEFICIO MUERTE ACCIDENTAL:

- Certificado de defunción con causa de muerte
- Parte policial
- Otros antecedentes que acrediten muerte accidental
- Alcoholemia (si corresponde)

## 3.- GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

- Relato del accidente
- Informes y exámenes médicos que respalden el diagnóstico y el accidente
- Documentos originales comprobatorios de gastos incurridos, después de ser reembolsados por Isapre, Fonasa u otros Seguros de Salud

## 4.- INVALIDEZ:

- Dictamen del COMPIN o AFP ejecutoriado

## 5.- SEGURO EN VIDA:

- Informe del Médico Tratante
- Exámenes de respaldo

## 6.- GASTOS MÉDICOS MAYORES:

- Informes y exámenes médicos que respalden el diagnóstico.
- Documentos originales comprobatorios de gastos incurridos, después de ser reembolsados por Isapre, Fonasa u otros Seguros de Salud.

**Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la evaluación, sin perjuicio de las gestiones y antecedentes que las circunstancias posteriormente exijan.**

## ARTÍCULOS INVOLUCRADOS D.S. 1055

**ARTÍCULO 20.- LIQUIDACIÓN DIRECTA O DESIGNACIÓN DE LIQUIDADOR REGISTRADO:** La liquidación de los siniestros podrá practicarla directamente la compañía de seguros, o bien, encomendarla a un liquidador designado por ella, que deberá encontrarse inscrito en el Registro que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros, según lo establecido en el artículo 6.

Dentro del plazo de 3 días contado desde la fecha de la denuncia, la aseguradora deberá comunicar su decisión al asegurado o sus beneficiarios y al liquidador registrado si corresponde. La comunicación al asegurado contendrá el nombre, domicilio y teléfono del liquidador encargado de practicarla.

En dicha comunicación, la compañía de seguros deberá informar al asegurado el derecho que le asiste para solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado en lugar de la liquidación directa por parte de la aseguradora. La decisión de designar un liquidador o liquidar directamente por la compañía de seguros, como el derecho de oposición a la liquidación directa por el asegurado, también podrá informarse o ejercerse al momento de recibirse la denuncia del siniestro. Cuando la liquidación sea practicada directamente por la aseguradora, resultarán aplicables respecto de ésta las disposiciones establecidas en el párrafo III de este Reglamento.

**ARTÍCULO 21.- OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA:** El asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días contado desde la notificación de la comunicación de la compañía de seguros, oponerse a la liquidación directa, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador.

En caso de oposición oportuna del asegurado, la compañía de seguros deberá elegir y designar a un nuevo liquidador registrado en la Superintendencia de Valores y Seguros, dentro del plazo de 2 días contados desde dicha oposición.

## USO Y RESPONSABILIDAD DEL MAIL

**VIA DE CONTACTO POR CORREO ELECTRÓNICO:** El Denunciante declara que la dirección de correo electrónico indicada en el presente instrumento es de su uso personal y de acceso restringido y confidencial, por lo que se responsabiliza expresamente de su correcta utilización, ya sea por sí mismo o por terceros.

A través de la autorización de envío de correspondencia a la dirección de correo electrónico del Denunciante, éste autoriza expresamente a Consorcio a enviar por medio de dicha vía de contacto información relativa al siniestro, liberando a Consorcio de toda responsabilidad por los eventuales perjuicios que el actuar propio o de terceros pudiere ocasionarle con motivo de la información enviada a dicha dirección y que no derive directamente de dolo o culpa grave imputable a Consorcio.

**El presente formulario deberá ser impreso, llenado, firmado por el denunciante en ambas hojas y entregado físicamente en en cualquiera de las Sucursales de la Compañía a lo largo del país, junto a una fotocopia de ambas hojas, que deberá ser timbrada por la compañía y devueltas como respaldo del denuncia.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUT DEL DENUNCIANTE

--	--

FIRMA DEL DENUNCIANTE

--	--	--

día mes año

TIMBRE Y FECHA RECEPCIÓN CONSORCIO