

## 1. ANTECEDENTES GENERALES

N° DE PÓLIZA	PRODUCTO	OFICINA DESTINO EVENTUAL PAGO
<input type="text"/>		
NOMBRE DEL CONTRATANTE (APELLIDOS, NOMBRES)		
<input type="text"/>		
NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO (APELLIDOS, NOMBRES)		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>

## 2. DATOS CONTACTO DENUNCIANTE

NOMBRE DEL DENUNCIANTE (APELLIDOS, NOMBRES)		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
DIRECCIÓN		TELÉFONO
<input type="text"/>		<input type="text"/>
COMUNA	CIUDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿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:		
<input type="text"/>		

## 3. BREVE HISTORIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO

FECHA DEL SINIESTRO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

## 4. VER REQUERIMIENTOS POR COBERTURA AL REVERSO

SI SU DENUNCIO ES POR REEMBOLSOS MEDICOS DETALLE:

<b>PREVISIÓN</b>	}	<input type="checkbox"/> ISAPRE	<b>OTROS SEGUROS</b>	}	<input type="checkbox"/> BIENESTAR
		<input type="checkbox"/> FONASA			<input type="checkbox"/> SEGUROS QUE OTORGEN BENEFICIOS DE SALUD
		<input type="checkbox"/> OTRO <input type="text"/>			<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): <input type="text"/>	

## 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)

<input type="text"/>
RUT DEL DENUNCIANTE
<input type="text"/>
FIRMA DEL DENUNCIANTE

<b>USO INTERNO</b>
<input type="text"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA
<input type="text"/>
OFICINA
<b>FECHA RECEPCIÓN DENUNCIO CONSORCIO</b>
<input type="text"/>
día      mes      año

COPIA: DENUNCIANTE

ORIGINAL: DEPTO. SINIESTROS VIDA

FSIV004-220813 [ABASCNS049]

