



DENUNCIO DE SINIESTROS

DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO

Nombre Completo:

Cedula Identidad: Fecha Nacimiento:

Dirección Particular: Comuna:

Ciudad : Teléfono: Email:

DATOS DEL DENUNCIANTE (Solo si es distinto al asegurado)

Nombre Completo:

Cedula Identidad: Fecha Nacimiento:

Dirección Particular: Comuna:

Ciudad : Teléfono: Email:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia: / /

- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento por: | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente por: | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización por: | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos por: | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desmembramiento: | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Accidente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Grave | | | |

Breve relato de los hechos: _____

Recintos Hospitalarios donde fue atendido el asegurado : _____

Institución de Salud en la que se encuentra afiliado el paciente: _____



En Caso de Accidente (indique) :

Actividad que realizaba : _____

Lugar del accidente: _____

Testigos del accidente: _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- Certificado de Defunción Informe Medico por Enfermedad o Accidente Parte Policial
- Informe de Autopsia C. Identidad o Cert. Nacimiento de Beneficiarios Informe Alcoholemia
- Otros

DECLARACIÓN.

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos y asimismo autorizo al médico tratante, recintos hospitalarios, centros médicos o cualquier otra institución para que suministre información de mi persona o del asegurado siniestrado detallado en el presente documento a Cardif Seguros Rentas Vitalicias S.A.

El siniestro será liquidado directamente por la Compañía, sin perjuicio de lo anterior Ud. dispone de un plazo de 5 días, a contar de la fecha de este denuncia, para solicitar la designación de un liquidador oficial de seguros (Arts. 18 y 19 D.S 863 Reglamento de Auxiliares y Comercios de Seguros).

EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO No 30 DEL D.S. 1055 DEL MIN. DE HACIENDA, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL CON FECHA 29.12.2012, DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE LA FORMA DE NOTIFICACION DEL ESTADO DE ESTE SINIESTRO SERA MEDIANTE EL CORREO ELECTRONICO, Y DE LA POSIBILIDAD DE Oponerse a este medio de comunicación, DEJANDO EXPRESA CONSTANCIA QUE ACEPTO QUE TODAS LAS COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON ESTE SINIESTRO SEAN DERIVADAS AL CORREO ELECTRONICO SEÑALADO ANTERIORMENTE EN ESTE FORMULARIO.

Fecha de Denuncia: _____ / _____ / _____

Firma del Denunciante