

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 Ocurriencia: _____ / _____ / _____

- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <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:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción | <input type="checkbox"/> Informe Medico por Enfermedad o Accidente | <input type="checkbox"/> Parte Policial |
| <input type="checkbox"/> Informe de Autopsia | <input type="checkbox"/> C. Identidad o Cert. Nacimiento de Beneficiarios | <input type="checkbox"/> Informe Alcholemla |
| <input type="checkbox"/> 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 SCOTIA SEGUROS DE VIDAS.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 N° 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