BNP PARIBAS CARDIF

# FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS

N° Formulario: 000000000017123

Fecha Denuncia

| |
|---|
| Nombre o Razón Social Contratante de la Póliza |
| N° de la Póliza |

## DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO

| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | Rut |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección | Comuna | Ciudad | Fono Contacto |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones al siguiente correo | | @ |
| ☐ No acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones vía correo electrónico, sino que vía carta a la dirección mencionada | | |

## DATOS DEL DENUNCIANTE (completar sólo si el denunciante es diferente del Asegurado)

| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | Rut |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección | Comuna | Ciudad | Fono Contacto |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones al siguiente correo | | @ |
| ☐ No acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones vía correo electrónico, sino que vía carta a la dirección mencionada | | |

COBERTURA DENUNCIADA _____ Fecha ocurrencia siniestro _____

PERDIDA RECLAMADA _____

## RELATO DE CÓMO OCURRIÓ EL SINIESTRO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

## ANTECEDENTES ADICIONALES

La obtención de los documentos necesarios es de responsabilidad del asegurado, debiendo entregar los originales o copias legalizadas ante notario, a excepción de aquellos casos en que se solicita fotocopia.
Nota: Declaro que toda información entregada es verdadera y completa. Autorizo a la Compañía de Seguros a solicitar información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización.
El siniestro será liquidado directamente por BNP Paribas Cardif Seguros S.A., en adelante “La Compañía”, domiciliada en Vitacura 2670 piso 13 Las Condes. Sin perjuicio de lo anterior, Ud. dispone de un plazo de 5 días, a contar de la fecha de este denuncio, para solicitar la designación de un liquidador oficial de seguros. Para mayor información sobre la liquidación directa usted puede comunicarse al 800 362 100.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma |
| RECLAMANTE | | RECEPCIONADO CORREDORES DE SEGUROS LTDA. | | RECEPCIONADO BNP Paribas Cardif seguros S. | |