

Contratante/Sponsor: _____

Antecedentes del Asegurado

Nombre del Asegurado: _____

RUT: _____ Tel. fijo o móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Antecedentes del Reclamante

Igual al Asegurado: Si No

Nombre del Asegurado: _____

RUT: _____ Tel. fijo o móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Datos del Siniestro

Fecha de Siniestro: _____

Causa de Siniestro: _____

Cobertura Afectada:

<input type="checkbox"/> Desempleo/Cesantía	<input type="checkbox"/> Reembolso Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> Hospitalización
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/> Desgravamen	<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/> Otro

Detalle: _____

Documentos Presentados

	Original	Copia		Original	Copia
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia cédula de identidad del Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia del finiquito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobante de los gastos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de AFP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de atención de urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licencia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de defunción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resolución de invalidéz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de hospital/clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabla de desarrollo de deuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 en la póliza.

Notas Importantes:

1. Otorgo mi expreso consentimiento y autorizo a la compañía Chubb Seguros S.A. para que todo tipo de notificaciones, informes de liquidación, encuestas de satisfacción y cualquier otro tipo de información relativa al proceso de liquidación del siniestro que denuncio, me sea enviada a mi correo electrónico personal indicado anteriormente y/o a través de mensaje de texto al teléfono celular que dispuse. En caso de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a mi domicilio señalado en este documento, o en su defecto, a aquel registrado en la solicitud de incorporación al seguro respectiva. Sí No

2. Asimismo, declaro que toda la información entregada es verdadera y completa. Doy consentimiento a la compañía de seguros para solicitar cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización. No se hará efectivo el pago del beneficio si este formulario está incompleto según lo requerido o no se hace entrega del total de antecedentes solicitados para otorgar el beneficio. Sí No

3. Por último, autorizo expresamente a Chubb Seguros S.A. para descontar de la indemnización que proceda, cualquier monto impago de primas que pudiere existir respecto del seguro contratado. Sí No

Responsable del Tratamiento de los Datos Personales

Chubb hace constar que los Datos Personales de sus Asegurados serán manejados con absoluta confidencialidad y que tanto la obtención, el uso, la divulgación, como su almacenamiento para efectos de la liquidación del siniestro (en lo sucesivo el Tratamiento), sólo se realiza de acuerdo a las normas aplicables en la materia.

Transferencia de los Datos Personales a terceros

De igual forma, Chubb hace del conocimiento de sus Asegurados que eventualmente, y exclusivamente con el objeto de cumplir con el proceso de registro, almacenamiento y liquidación de siniestros, podrá llevar a cabo la transferencia de algunos de sus Datos Personales a terceras partes, las que incluso podrían encontrarse en el extranjero, como pueden ser, de manera enunciativa, proveedores, prestadores de servicios o empresas relacionadas; transferencia que será realizada con las debidas medidas de seguridad, de conformidad con los principios contenidos en la Ley vigente.

Consentimiento del Asegurado

El Asegurado y/o beneficiario que suscribe hace constar que conoce y entiende en su totalidad el contenido, los fines y alcances del Tratamiento de sus Datos Personales, por lo que otorga su total consentimiento expreso para que Chubb lleve a cabo dicho Tratamiento incluyendo, en su caso, la divulgación de sus Datos Personales en los términos indicados anteriormente.

Solicitante
Fecha
Firma
Nombre

Recepción compañía de seguros
Fecha
Firma
Nombre