BNP PARIBAS CARDIF

FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS

N° Denuncio:

Fecha

INSTRUCCIONES: En caso de ocurrido un siniestro, utilice este formulario para iniciar el proceso de denuncio. Sólo descárguelo y complételo digitalmente o a mano para luego enviarlo a la casilla siniestros@cardif.cl. Una vez que sus datos han sido recepcionados, la Compañía lo contactará al correo electrónico para continuar con el proceso o solicitarle más antecedentes, en caso de ser necesario.

Para facilitar el llenado del formulario, hemos dispuesto un **glosario de términos** en la página dos. De igual forma el Call Center de BNP Paribas Cardif - 800 362 100, está disponible para que un ejecutivo lo pueda guiar a través del proceso.

Nombre contratante de la póliza ☐ Casa Comercial ☐ Banco ☐ Otros

Indique cuál _____

N° de la Póliza: Si no cuenta con el Nro. de Póliza, no es necesario completarlo.

DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut

Dirección (Calle/Avenida, número, departamento)	Comuna	Ciudad	Fono Contacto

☐ Acepto que se me envien notificaciones y comunicaciones del presente caso al siguiente correo electrónico @

☐ No acepto que se me envien notificaciones y comunicaciones del presente caso vía correo electrónico, sino que vía carta a la dirección mencionada anteriormente

DATOS DEL DENUNCIANTE (completar sólo si quien llena este formulario es diferente del asegurado)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut

Dirección (Calle/Avenida, número, departamento)	Comuna	Ciudad	Fono Contacto

☐ Acepto que me envien notificaciones y comunicaciones del presente caso al siguiente correo electrónico @

☐ No acepto que me envien notificaciones y comunicaciones del presente caso vía correo electrónico, sino que vía carta a la dirección mencionada anteriormente

COBERTURA DENUNCIADA _____ FECHA DEL SINIESTRO _____

PERDIDA RECLAMADA (Monto $ aproximado) _____ Si no conoce este valor, favor no agregar.

COBERTURA ESPECIAL LEY PROTECCIÓN DEL EMPLEO COVID 19 FECHA DEL SINIESTRO _____

_____

PERDIDA RECLAMADA (Monto $ aproximado) _____ Si no conoce este valor, favor no agregar.

RELATO DE LOS HECHOS

Completar con letra clara

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales para proceder al pago de beneficios.

Fecha	Firma

DENUNCIANTE

Fecha	Firma

RECEPCIONADO CORREDORES DE SEGUROS LTDA.

Fecha	Firma

RECEPCIONADO BNP Paribas Cardif Seguros S.A.

LIVEWORKSHEETS