BNP PARIBAS CARDIF

FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS

N° Formulario: 000000000019983

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.	