



FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS

N° Denuncio:

Fecha

**INSTRUCCIONES:** En caso de ocurrido un siniestro, utilice este formulario para iniciar el proceso de denuncia. Sólo descárguelo y complétele 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 envíen notificaciones y comunicaciones del presente caso al siguiente correo electrónico

@

No acepto que se me envíen 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 envíen notificaciones y comunicaciones del presente caso al siguiente correo electrónico

@

No acepto que me envíen 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 denuncia, 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.