FORUM®
Grupo BBVA

Formulario
Denuncio de Siniestros
DESGRAVAMEN

Fecha de Denuncia

Puedes completar este formulario digitalmente. Cuando termines, imprímelo y fírmalo a mano en el espacio indicado.

Nombre o razón Social Contratante de la Póliza:
N° de la Póliza:

Datos del Asegurado

Nombres:			
Apellido Paterno:			
Apellido Materno:			
Rut:		Fono Contacto:	
Correo:			
Dirección:		Comuna:	
☐	Acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones al correo electrónico mencionado		

Datos del Denunciante (completar sólo si el denunciante es diferente del Asegurado)

Nombres:			
Apellido Paterno:			
Apellido Materno:			
Rut:		Fono Contacto:	
Correo:			
☐	Acepto que se me envíen notificaciones y comunicaciones al correo electrónico mencionado		
Cobertura Denunciada:		Fecha de Ocurrencia del Siniestro:	
Pérdida 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 correspondiente a solicitar información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización.
El siniestro será liquidado directamente por la compañía aseguradora correspondiente. 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.
La Compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales para proceder al pago de beneficios.

Firma Reclamante
Fecha:

Firma de quien Recepciona
Fecha: