

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: ☐ Desempleo/Cesantía ☐ Reembolso Gastos Médicos ☐ Hospitalización
☐ Enfermedades Graves ☐ Desgravamen ☐ Incapacidad Temporal
☐ Fallecimiento ☐ Incapacidad Permanente ☐ Otro
 Detalle: _____

Documentos Presentados

	Original	Copia		Original	Copia
Copia cédula de identidad del Asegurado	☐	☐	Certificado médico	☐	☐
Copia del finiquito	☐	☐	Comprobante de los gastos	☐	☐
Certificado de AFP	☐	☐	Exámenes	☐	☐
Certificado de atención de urgencia	☐	☐	Licencia médica	☐	☐
Certificado de defunción	☐	☐	Resolución de invalidéz	☐	☐
Certificado de hospital/clínica	☐	☐	Tabla de desarrollo de deuda	☐	☐
Otros:				☐	☐

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 pudiese 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