



FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTROS SEGUROS DE VIDA

ANTECEDENTES DEL RECLAMANTE

 CUENTA ORIGEN SCOTIABANK CUENTA ORIGEN EX-BBVA

NOMBRES		APELLIDOS	
RELACIÓN CON SINIESTRADO		R.U.T.	FECHA NACIMIENTO
CORREO ELECTRÓNICO			
Las notificaciones y comunicaciones relacionadas con este denuncia se efectuarán a la dirección de correo electrónico antes indicada. Si el reclamante no dispone de un correo electrónico personal o se opone a esta vía de comunicación, las notificaciones y comunicaciones se efectuarán por correo certificado a la siguiente dirección:			
DIRECCIÓN		NÚMERO	DEPTO / CASA
VILLA / POBLACIÓN		TELÉFONO PARTICULAR	CELULAR
COMUNA	CIUDAD		

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO SINIESTRADO (SOLO SI ES DISTINTO AL RECLAMANTE)

NOMBRES		APELLIDOS	
RELACIÓN CON SINIESTRADO		R.U.T.	FECHA NACIMIENTO

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR (SOLO SI ES DISTINTO AL SINIESTRADO)

NOMBRES		APELLIDOS	
RELACIÓN CON SINIESTRADO		R.U.T.	FECHA NACIMIENTO

PRODUCTOS RECLAMADOS

PRODUCTO (MARQUE CON "X")	NÚMERO DE OPERACIÓN CREDITICIA O TARJETA
<input type="radio"/> Consumo <input type="radio"/> Hipotecario <input type="radio"/> Línea de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta Bancaria	
<input type="radio"/> Consumo <input type="radio"/> Hipotecario <input type="radio"/> Línea de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta Bancaria	
<input type="radio"/> Consumo <input type="radio"/> Hipotecario <input type="radio"/> Línea de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta Bancaria	
<input type="radio"/> Consumo <input type="radio"/> Hipotecario <input type="radio"/> Línea de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta Bancaria	
<input type="radio"/> Consumo <input type="radio"/> Hipotecario <input type="radio"/> Línea de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta Bancaria	
<input type="radio"/> Consumo <input type="radio"/> Hipotecario <input type="radio"/> Línea de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta Bancaria	

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA DE OCURRENCIA	CAUSA DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD PERMANENTE
---------------------	---

DOCUMENTOS A PRESENTAR

FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	INCAPACIDAD PERMANENTE (INVALIDEZ)
<input type="radio"/> CÉDULA DE IDENTIDAD ASEGURADO	<input type="radio"/> CÉDULA DE IDENTIDAD ASEGURADO	<input type="radio"/> CÉDULA DE IDENTIDAD ASEGURADO
<input type="radio"/> CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CON CAUSAL	<input type="radio"/> CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CON CAUSAL	<input type="radio"/> DICTAMEN EJECUTORIADO DE INVALIDEZ
	<input type="radio"/> PARTE POLICIAL	<input type="radio"/> INFORMES MÉDICOS ADICIONALES
<input type="radio"/> EL BANCO ENTREGARÁ EL DETALLE DE DEUDA A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DE CADA PRODUCTO SINIESTRADO.		

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Declaro que toda la información entregada es verdadera y completa, dando consentimiento a la Compañía de Seguros para solicitar cualquier información adicional y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización.

FIRMA DE RECLAMANTE

TIMBRE Y FECHA DE RECEPCIÓN
SCOTIABANK

TIMBRE Y FECHA DE RECEPCIÓN
COMPAÑÍA