

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

Datos del Asegurado

Nombre	:		
Fecha	:	RUT	:
Dirección	:		
Teléfono	:	e-mail	:

COBERTURA DEL SINIESTRO

<input type="checkbox"/> Cesantía	<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/> Desgravamen
-----------------------------------	---	--------------------------------------

Documentación Presentada

Cesantía	Incapacidad Temporal	Desgravamen
Finiquito Legalizado <input type="checkbox"/>	Licencia Médica Incapacidad <input type="checkbox"/>	Certificado de defunción con causal de muerte <input type="checkbox"/>
Últimas 12 cotizaciones <input type="checkbox"/>	6 últimas boletas de Honorarios o comprobante Declaración Impuesto la Renta <input type="checkbox"/>	Copia de Cedula de Identidad <input type="checkbox"/>
Copia de Cedula de Identidad <input type="checkbox"/>	Copia de Cedula de Identidad <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
Otros (Especificar)	Declaración jurada de no tener contrato Vigente <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	

Datos del Solicitante

Nombre	:		
Fecha	:	RUT	:
Dirección	:		
Teléfono	:	e-mail	:

Fecha de Ocurrencia del Siniestro

Recibo

_____/_____/_____	
-------------------	--