

Denuncia de Siniestro

PÓLIZA



EuroAmerica

Declaro a EuroAmerica Seguros de Vida S.A. que el Asegurado Sr.(a)	RUT
--	-----

He sufrido el siniestro que se especifica a continuación (marque con una "x" el cuadro que corresponda)

<input type="checkbox"/> Fallecimiento
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental
<input type="checkbox"/> Invalidez
<input type="checkbox"/> Gastos médicos
<input type="checkbox"/> Gastos médicos por accidente

NOMBRE DEL RECLAMANTE		RUT
RELACIÓN CON EL ASEGURADO		
DIRECCIÓN		CIUDAD
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	EMAIL

Firma
Fecha: _____ / _____ / _____ Día Mes Año

DOCUMENTOS QUE RESPALDAN ESTA DENUNCIA