

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO CESANTÍA

INSTRUCCIONES: PARA COMPLETAR EL DOCUMENTO, HAZ CLIC SOBRE CADA UNA DE LAS CELDAS. EL FORMULARIO ES EDITABLE, POR LO TANTO NO NECESITAS IMPRIMIRLO. **TE SUGERIMOS ESCRIBIR TODO CON LETRA MAYÚSCULA Y NO UTILIZAR TILDES.**

LOS CAMPOS CON BORDE ROJO Y ASTERÍSCO SON OBLIGATORIOS, POR LO TANTO, NO DEBES OLVIDAR COMPLETARLOS

FECHA DE HOY*	NÚMERO DE PÓLIZA (completa este campo solo si conocer el número)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ej: DD/MM/AAAA

Ej: 1234567890

1. INGRESA LOS DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE(S)*	APELLIDO PATERNO*	APELLIDO MATERNO*
------------	-------------------	-------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ej: MARCELO EDUARDO

Ej: REBOLLEDO

Ej: RODRIGUEZ

RUT*	CORREO ELECTRÓNICO*	NÚMERO DE CELULAR*
------	---------------------	--------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ej: XXXXXXXX-X

Ej: MIDIRECCION@DOMINIO.CL

Ej: +56 9 1234 5678

Te sugerimos ingresar tu email personal para facilitar el contacto contigo.

Te sugerimos ingresar tu número de celular personal.

TIPO CUENTA*	BANCO*	NÚMERO CUENTA*
--------------	--------	----------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ej: CTA CORRIENTE / VISTA / CTA RUT

Ej: SCOTIABANK

Ej: XXXX XXXX XXXX

*Tipo de Cuenta, Banco y Numero Aplica para los seguros que cuentan con bonificación libre disponible, sujeto a evaluación por parte de la compañía aseguradora.

2. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO

CALLE	NÚMERO	CASA / DEPARTAMENTO / BLOCK
-------	--------	-----------------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ej: MI CALLE

Ej: 2314

Ej: 15

COMUNA

<input type="text"/>

Ej: SANTIAGO

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO CESANTÍA

3. INFORMACIÓN ACERCA DE TU CASO

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL SINIESTRO*	COBERTURA QUE DESEAS UTILIZAR*
Ej: DD/MM/AAAA	Ej: LEY PROTECCIÓN AL EMPLEO / DESEMPLEO / INCAPACIDAD TEMPORAL

4. COMENTARIOS ADICIONALES

(Completa este campo solo si deseas entregar mayores antecedentes con respecto a lo ocurrido). Tu relato no puede exceder los 500 caracteres.

NOTAS:

- CAT Corredora de Seguros S.A. no aprueba ni rechaza los siniestros, solo recibe los antecedentes sin calificarlos., En línea con lo anterior es la Compañía de Seguros o el Liquidador designado por ella quien determina si lo aprueba o rechaza. Además, ellos podrían solicitar antecedentes adicionales. Recuerda que es la Compañía de Seguros la responsable final del pago del siniestro - La denuncia del siniestro no te libera de pagar el Estado de Cuenta de tu tarjeta de crédito Cencosud Scotiabank..
- El acceso a las coberturas del Seguro será evaluado considerando tú situación laboral y las condiciones del seguro contratadas.

El presente Formulario y los documentos solicitados debe ser enviado a postventa.seguros@cencosudscotiabank.cl con el RUT DE CLIENTE como asunto del correo.

PUEDES CONSULTAR POR EL ESTADO DE TU SINIESTRO 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN A LA CASILLA, LLAMANDO AL 600 500 5000.