Contratante/Sponsor: **FEDERACIÓN DEPORTIVA NACIONAL DE CICLISMO DE CHILE**

# Antecedentes del Asegurado

Nombre del Asegurado: FEDERACIÓN DEPORTIVA NACIONAL DE CICLISMO DE CHILE RUT: **65.196.975-1** Tel. fijo o móvil: +**569 90828016** Correo Electrónico: [seguro@fdnciclismochile.cl](mailto:seguro@fdnciclismochile.cl)

Dirección: **RAMÓN CRUZ MONTT 1176 OF. 502 – ÑUÑOA – SANTIAGO DE CHILE**

# Antecedentes del Reclamante

Igual al Asegurado: □Si x 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 x□ Reembolso Gastos Médicos □ Hospitalización

* Enfermedades Graves □ Desgravamen □ Incapacidad Temporal
* Fallecimiento □ Incapacidad Permanente □ Otro

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Detalle de 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.
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.
3. Por último, autorizo expresamente a Chubb Seguros S.A. para descontar de la indemnización que proceda, cualquier monto impago de primas que pudiere existir respecto del seguro contratado.

xSí □ No

xSí □ No

* xSí □ 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 Recepción compañía de seguros**

Fecha Fecha

Firma Firma

Nombre Nombre