Formulario Único

Declaración de Accidentes

ZURICH

1. DATOS DEL CONTRATANTE		
NOMBRE DEL CONTRATANTE	RUT DEL CONTRATANTE	N° DE PÓLIZA

2. DATOS DEL ASEGURADO		
NOMBRE DEL PRODUCTO	NOMBRE DEL ASEGURADO	RUT DEL ASEGURADO

3. DESCRPCIÓN DEL ACCIDENTE						
FECHA	LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE		HORA	PARTE POLICIAL		
				SI	☐	NO ☐
TIPO DE ACCIDENTE					OTRO (DESCRIBA)	
☐ LABORAL	☐ DEPORTIVO	☐ DOMÉSTICO	☐ AUTOMOVILÍSTICO	☐ ASALTO		

LUGAR DE ATENCION DE URGENCIA:

FIRMA
FECHA

Siniestro N° | denuncios.vida.individual@zurich.com

INTERNAL USE ONLY