

**Antecedentes del Asegurado**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Datos del Siniestro**

Fecha de Siniestro: \_\_\_\_\_  
Causa del Siniestro: \_\_\_\_\_  
Describa detalladamente el Siniestro:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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.      Sí      No
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.      Sí      No

**Responsable del tratamiento de 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, solo 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**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Recepción Compañía de Seguros**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_