

## Proceso de Denuncio Producto Anti-Robo

Nombre del DENUNCIANTE:	
Datos del ASEGURADO:	
Nombre:	Rut:
Dirección:	
Ciudad:	Comuna:
Correo electrónico:	
Teléfonos de contacto:	
¿La persona de contacto es el asegurado? (seleccione la opción)    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Datos persona de CONTACTO (solo completar si la respuesta anterior fue NO):	
Nombre:	Rut:
Teléfonos de contacto:	
Datos del siniestro	
Fecha del siniestro:	Hora del siniestro:
Causas del Siniestro (explicar en detalle)/Relato	
Pérdidas o Daños generados:	
(*) Datos a completar por Bci Seguros	
Canal de venta:	Fecha de adquisición:
Número de Gestión:	