

Fecha _____



**Denuncio Siniestro Ley 21.342 Retorno Seguro
Seguro Individual Obligatorio de Salud
asociado a COVID-19**

Información del Trabajador (Asegurado)

Nombre completo

RUT

Dirección completa

E-mail

Teléfono

Nº Póliza

Vigencia desde

Vigencia hasta

Información hospitalización

Establecimiento de salud

Fecha de ingreso _____

Fecha de egreso _____

Información del Empleador (Contratante)

Nombre completo / Razón social

RUT

Dirección completa

Teléfono

E-mail

Declaro que todos los datos entregados en el presente denuncia son verídicos.

Nombre y RUT denunciante

Firma denunciante