SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES



POLIZA No ITEM No Desde	Hasta AGENTE	N° Siniestro		CODIGO
VIGENCIA	AGENTE	Liquidador Abogado		
1102110111		Abuyauu		
I. DATOS DEL CONTRATANTE				
I. DATOS DEL GONTHATANTE				
NOMBRE O BAZON C	OCIAL DEL CONTRATANTE		RUT	
NOWIDE O RAZUN S	UCIAL DEL CUNTRATANTE			
2. DATOS DEL ASEGURADO				
			RUT	
NOMBRE COMPLETO				
	TIPO DE PREVIS	ION		FECHA NACIMIENTO
OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U	I OTRAS)			1 LOTA NACIMILINIO
OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES C	OTTAO)			
3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO				
			RUT	
NOMBRE COMPLETO	(PADRE/MADRE/OTRO)		I NUI	
	(
DATOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:	T			
BANCO				
TIPO DE CUENTA (VISTA, CORRIENTE, RUT)				
CORREO ELECTRONICO				
4. DATOS DEL ACCIDENTE				
4. DATOS DEL AGGIDENTE				
FECHA ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDE	NTE		HORA DEL ACCIDENTE
DESCRIPCION COMO OCURRIO EL ACCIDENTE				
De acuerdo a lo establecido en el Procedimier	nto de Liquidación de Siniestros	(Decreto Supremo		
Seguros informa que practicará en forma direct	a la liquidación del siniestro que	se denuncia. El a	segurado o beneficiar	io del seguro podrá, dentro
del plazo de 5 días a contar de la fecha de de	nuncia, oponerse a la liquidació	n directa, para lo c	ual deberá solicitar p	oor escrito a BICE Vida que
designe un liquidador externo. Esta solicitud po	ura realizaria a traves de carta c	eruncada dirigida a	a Av. Providencia 1806	o, piso 2, Providencia
FEOUR			FIDMAN DEL DECL	ARAANITE
FECHA			FIRMA DEL RECLA	AIVIANTE

ESTA SELECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO O CIRUJANO

Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas. Indispensables para permitir a su paciente aprovechar los beneficios del seguro. Agradecemos su colaboración.

5. DATOS DEL MEDICO

ESPECIALIDAD	RUT		
	2. Edad		
Fecha	del 20		
del 20	Firma	(44/11)	
		(Médico Cirujano)	
E			
		V°B° / FECHA	
		V°B° / FECHA	
	Fecha del 20	Fecha del 20 Firma	