**SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA No ITEM No

VIGENCIA

Desde Hasta

AGENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° Siniestro Liquidador Abogado |  | CODIGO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# I. DATOS DEL CONTRATANTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | RUT |  |
|  |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE |
|  |

**2. DATOS DEL ASEGURADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | RUT |
| NOMBRE COMPLETO |
|  | FECHA NACIMIENTO |
| TIPO DE PREVISION |
| OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U OTRAS) |

|  |
| --- |
| **3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO** |
|  | RUT |
| NOMBRE COMPLETO (PADRE/MADRE/OTRO) |
| **DATOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:** |
| BANCO |  |
| TIPO DE CUENTA (VISTA, CORRIENTE, RUT) |  |
| CORREO ELECTRONICO |  |

**4. DATOS DEL ACCIDENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA ACCIDENTE | LUGAR DEL ACCIDENTE | HORA DEL ACCIDENTE |
| DESCRIPCION COMO OCURRIO EL ACCIDENTE: |

De acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Liquidación de Siniestros (Decreto Supremo N° 1055, artículo 20), BICE Vida Compañía de Seguros informa que practicará en forma directa la liquidación del siniestro que se denuncia. El asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días a contar de la fecha de denuncia, oponerse a la liquidación directa, para lo cual deberá solicitar por escrito a BICE Vida que designe un liquidador externo. Esta solicitud podrá realizarla a través de carta certificada dirigida a Av. Providencia 1806, piso 2, Providencia

FECHA FIRMA DEL RECLAMANTE

NOTA: EL MEDICO TRATANTE DEBERA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DEL REVERSO

# 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | RUT |
| NOMBRE COMPLETO ESPECIALIDAD |
| 1. Nombre del paciente 2. Edad |
| 3. Diagnóstico (letra clara de imprenta por favor) |
| 4. ¿Cuándo ocurrió el accidente? Fecha del 20 |
| 5. ¿Provienen los daños a su juicio del accidente que describe el asegurado? |
| 6. OBSERVACIONES Y/O TRATAMIENTO INDICADO |
| Fecha del 20 Firma (Médico Cirujano) |

**PARA USO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS SOLAMENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| OBSERVACIONES AREA SINIESTROS | VºBº / FECHA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OBSERVACIONES AREA EVALUACION MEDICA | VºBº / FECHA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |