**SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES**

Nº POLIZA FECHA Nº DE RECLAMO

# I. DATOS DEL CONTRATANTE

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

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

**2. DATOS DEL ASEGURADO**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO** | |
|  | RUT |
| NOMBRE COMPLETO (PADRE/MADRE/OTRO) |
| RELACION CON EL ASEGURADO | |

**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.

También por este medio declaro conocer que todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como **diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamiento, etc.**, serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso de evaluación, liquidación y traslado de información, y que por lo mismo libero a **Bice Vida compañía de Seguros S.a.**, de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

En caso de que usted requiera que la información que envía a BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. y las respuestas que de esta emanen producto de los procesos de evaluación y liquidación, sea tratada en forma **confidencial**, le solicitamos hacernos saber esta resolución por escrito mediante una carta indicándolo y remitir sus documentos en sobrecerrado a nombre de **departamento de Salud**, rotulado **confidencial**.

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 | |
| 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |