SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES - COLEGIOS

BICE VIDA

POLIZA No	ITEM No	VIGENCIA Desde	Hasta	AGENTE

		CODIGO
N° Siniestro		
Liquidador		
Abogado		

I. DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	RUT –

2. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO	RUT –

TIPO DE PREVISION	FECHA NACIMIENTO

OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U OTRAS)

3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

NOMBRE COMPLETO (PADRE/MADRE/OTRO)	RUT –

DATOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:

BANCO	
TIPO DE CUENTA (VISTA, CORRIENTE, RUT)	
NUMERO DE CUENTA	
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

NOMBRE COMPLETO ESPECIALIDAD	RUT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐
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