

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES - COLEGIOS



POLIZA N°	ITEM N°	VIGENCIA	Desde	Hasta	AGENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

N° Siniestro	<input type="text"/>	CODIGO	<input type="text"/>
Liquidador	<input type="text"/>		
Abogado	<input type="text"/>		

I. DATOS DEL CONTRATANTE

FUNDACION EDUCACIONAL INST. RAFAEL ARIZTIA	RUT	<input type="text"/>
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE		

2. DATOS DEL ASEGURADO

<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
NOMBRE COMPLETO		
TIPO DE PREVISION	CURSO	FECHA NACIMIENTO
OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U OTRAS)		

CTA. CTE. ___ CTA. VISTA ___ CTA. AHORRO ___ CHEQUE ___ BANCO _____ N° CTA. _____

3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
NOMBRE COMPLETO (PADRE/MADRE/OTRO)		

4. DATOS DEL ACCIDENTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

CELULAR _____ EMAIL _____

FECHA

FIRMA DEL RECLAMANTE

NOTA: EL MEDICO TRATANTE DEBERA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DEL REVERSO

