

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES

BICE VIDA

POLIZA No	ITEM No	VIGENCIA	Desde	Hasta	AGENTE	N° Sinistro		CODIGO
						Liquidador		
						Abogado		

1. DATOS DEL CONTRATANTE

FUNDACION EDUCACIONAL INSTITUTO RAFAEL ARIZTIA	RUT	65.078.420 - 0
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE		

2. DATOS DEL ASEGURADO

	RUT	
NOMBRE COMPLETO		
CURSO	TIPO DE PREVISION	FECHA NACIMIENTO
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

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
FECHA ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE
DESCRIPCION COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:		

De acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Liquidación de Sinistros (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