

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES



POLIZA No	ITEM No	VIGENCIA	Desde	Hasta	AGENTE	N° Siniestro	Liquidador	Abogado	CODIGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

I. DATOS DEL CONTRATANTE

FUNDACION EDUCACIONAL INSTITUTO RAFAEL ARIZTIA	RUT
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	6 5 . 0 7 8 . 4 2 0 - 0

2. DATOS DEL ASEGURADO

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

3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

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

DATOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:

BANCO	<input type="text"/>
TIPO DE CUENTA (VISTA, CORRIENTE, RUT)	<input type="text"/>
CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>

4. DATOS DEL ACCIDENTE

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

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Nombre del paciente		2. Edad		
3. Diagnóstico (letra clara de imprenta por favor)				
4. ¿Cuándo ocurrió el accidente?		Fecha	del 20	
5. ¿Proviene 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