

# SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES



N° POLIZA

FECHA

N° DE RECLAMO

## I. DATOS DEL CONTRATANTE

<input type="text"/>	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	ISAPRE <input type="checkbox"/>	FONASA <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FECHA NACIMIENTO				
OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U OTRAS)				

## 3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

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

## 4. DATOS DEL ACCIDENTE

<input type="text"/> <input type="text"/> <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 Sinistros (Decreto Supremo N° 1055, artículo 20), BICEVIDA 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 BICEVIDA 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 **BICEVIDA 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 BICEVIDA 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**

