

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES



| | | | | | | | | |
|-----------|---------|----------|-------|-------|--------|--------------|--|--------|
| POLIZA No | ITEM No | VIGENCIA | Desde | Hasta | AGENTE | N° Siniestro | | CODIGO |
| | | | | | | 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) | |
| 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

