

FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE COMPLETO:						RUT:																	
RELACION CON SINIESTRADO:						FECHA NACIMIENTO:		/		/													
CORREO ELECTRONICO:																							
<p>BICE VIDA INFORMA QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO ANTES INDICADA.</p> <p>SOLO EN CASO QUE EL RECLAMANTE NO DISPONGA DE UN CORREO ELECTRONICO PERSONAL O SE OPONGA A ESA VIA DE COMUNICACION, LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN POR CORREO CERTIFICADO A LA SIGUIENTE DIRECCION.</p>																							
DIRECCION PARTICULAR:						N°		DEPTO/CASA:															
VILLA/POBL.				COMUNA:				REGION															
TELEFONO PARTICULAR:				CELULAR:				TRABAJO:															

DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO (SOLO SI ES DISTINTO AL RECLAMANTE)

NOMBRE COMPLETO:						RUT:															
RELACION CON RECLAMANTE:						FECHA NACIMIENTO:		/		/											

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (SOLO SI ES DISTINTO AL SINIESTRADO)

NOMBRE COMPLETO:						RUT:															
RELACION CON SINIESTRADO:						FECHA NACIMIENTO:		/		/											

COBERTURAS RECLAMADAS

NOMBRE COBERTURA	N° DE POLIZA

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA OCURRENCIA: / / (FECHA FALLECIMIENTO / FECHA DECLARACION DE INVALIDEZ / FECHA DIAGNOSTICO ENFERMEDAD)

EVENTO DENUNCIADO: ES EL HECHO OCURRIDO QUE USTED ESTIMA DEBE SER INDEMNIZADO POR EL SEGURO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> DESMEMBRAMIENTO |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE |
| <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE (INVALIDEZ) | <input type="checkbox"/> OTRO (INDICAR) _____ |

BREVE RELATO DE LOS HECHOS O CAUSAS DEL EVENTO DENUNCIADO: _____

RECINTOS HOSPITALARIOS DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL O LOS MEDICOS QUE TRATARON AL PACIENTE: _____

INDIQUE LA INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL ASEGURADO SINIESTRADO:

ISAPRE _____ FONASA OTRO _____

SI LA CAUSA DEL SINIESTRO ES ACCIDENTAL, FAVOR INDICAR:

FECHA ACCIDENTE: []/[]/[] HORA: []

ACTIVIDAD QUE REALIZABA O CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: _____

LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

TESTIGOS DEL ACCIDENTE: _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- CERTIFICADO DE DEFUNCION
- CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO
- INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD O POR ACCIDENTE
- PARTE POLICIAL
- INFORME DE AUTOPSIA
- INFORME ALCOHOLEMIA
- CEDULA IDENTIDAD O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SINIESTRADOS
- CEDULA IDENTIDAD O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL O LOS BENEFICIARIOS
- OTROS _____

INFORMACION IMPORTANTE

(LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR)

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 20 DEL REGLAMENTO DE LOS AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS Y PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO N° 1055), BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS Oponerse a la liquidacion directa, para lo cual debera solicitar por escrito a BICE VIDA que designe un liquidador, al correo electronico **SINIESTROS_VIDA@BICEVIDA.CL** o a traves de carta certificada a Av. Providencia 1806, PISO 10, PROVIDENCIA, adjuntando copia de esta denuncia.

FIRMA RECLAMANTE

NOMBRE RECLAMANTE: _____

RUT: []-[]

FECHA: []/[]/[]

IDENTIFICACION PERSONA QUE RECIBIO EL DENUNCIO

NOMBRE: _____

RUT: []-[]

FIRMA