

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

