

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES - COLEGIOS



| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|--------|
| POLIZA N° | ITEM N° | VIGENCIA | Desde | Hasta | AGENTE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

| | | | |
|--------------|----------------------|--------|----------------------|
| N° Siniestro | <input type="text"/> | CODIGO | <input type="text"/> |
| Liquidador | <input type="text"/> | | |
| Abogado | <input type="text"/> | | |

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

3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

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

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 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

