

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Nombre del Contratante			RUT
Nombre del Asegurado (Titular o Grupo Familiar)			RUT
Parentesco con Titular	Fec. Nacimiento	Dirección	Fono
Correo Electrónico		Canal de Venta	Celular

Tipo de Cobertura Solicitada	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental e ITP 2/3 <input type="checkbox"/> Desmembramiento <input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/> Gasto Médico Accidente <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización	<input type="checkbox"/> Colegiatura hasta Educación Superior <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Salud Catastrófico <input type="checkbox"/> Oncológico <input type="checkbox"/> Infarto al Miocardio y Enf. Coronarias <input type="checkbox"/> Renta temporal por Invalidez <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves

Indicar Diagnóstico que causó el Siniestro:		Lugar de Atención:	Nombre de Isapre/Fonasa
Indicar Cantidad de: <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Reembolsos <input type="checkbox"/> Boletas Originales <input type="checkbox"/> Boletas Farmacias <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Diagnóstico:	Urgencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Monto Reclamado	Continuación de Tratamiento

En caso de accidentes indicar:		
Lugar de la primera atención	Fecha del Accidente	Hora del Accidente
Breve descripción del accidente:		

En caso de requerir mayores antecedentes comunicarse con:	Fono
---	------

Observaciones	
---------------	--

NOTA: Recuerde revisar y completar la parte posterior de este formulario

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA

Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada

<p>Fallecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado Defunción Original</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Muerte Accidental</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado Defunción Original</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios</p> <p><input type="checkbox"/> Parte Policial</p> <p><input type="checkbox"/> Protocolo de Autopsia</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Alcholeemia</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado Toxicológico</p> <p>Invalidez accidental y ITP 2/3</p> <p><input type="checkbox"/> Dictamen de Invalidez</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Parte Policial</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Alcholeemia</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado Toxicológico</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Desmembramiento</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Parte Policial</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Radiografías</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de Ingreso a Servicio de Urgencias</p> <p>Incapacidad temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia del Título Universitario</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración de Impuesto a la Renta</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia Médica</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Gasto Médico Accidente</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas</p> <p>Enfermedades Graves</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Radiografías</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Biopsias</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p>	<p>Renta Diaria por Hospitalización</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> PreFactura de la cuenta hospitalaria</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado Médico Tratante por días de hospitalización</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p>Fallecimiento Colegiatura y/o Educación Superior</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado Defunción Original</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Certificados de Nacimiento para Asignación Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Certificados de alumno regular</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Post Grado</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Egreso de Institución Superior</p> <p><input type="checkbox"/> Inscripción y Aceptación en PostGrado</p> <p>Salud Catastrófico</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Oncológico</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Radiografías</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Biopsias</p> <p><input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Infarto al Miocardio y Enfermedades Coronarias</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Historial Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado del ElectroCardiograma</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Coronografía</p> <p><input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p>Renta Temporal por Invalidez</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad</p> <p><input type="checkbox"/> Primer Dictamen de Invalidez Comisión Médica Regional</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Liquidaciones de Sueldo (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p>
---	--

Recuerde que su solicitud se mantendrá pendiente hasta que Banchile Seguros de Vida S.A. recepcione el total de documentos requeridos en cada tipo de cobertura. El plazo máximo para presentar una solicitud de indemnización con cobertura Fallecimiento, es de 4 años. El plazo máximo para presentar una solicitud de indemnización con cobertura muerte accidental, desmembramiento, invalidez accidental total y/o permanente es de 60 días.

Santiago, Lunes 06 de Septiembre de 2010

Estimado (a) cliente (a) :

Cumpliendo con nuestro objetivo de brindar a usted tranquilidad, y a modo de facilitar el procedimiento que le permitirá hacer uso del Beneficio que usted tiene contratado con nuestra compañía, le adjuntamos el formulario **“SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN”** en el cual se detalla la documentación requerida para solicitar la indemnización asociada a cada tipo de cobertura.

Ponemos a disposición nuestro centro de atención al asegurado, llamando al número 600 843 2000 donde atenderemos todas sus consultas y necesidades. Además le invitamos a visitar nuevo sitio web <http://www.banchilevida.cl> donde podrá obtener más información sobre otros productos de la compañía”.

Agradeciendo una vez más su confianza, lo saluda cordialmente,



Mario Catrileo
Sub-Gerente Técnico
BANCHILE Seguros de Vida S.A.