

DENUNCIO SINIESTRO SEGUROS DE VIDA / SALUD

Tipo de Cobertura solicitada <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Salud Catastrófico <input type="checkbox"/> Accidentes Personales	N° Póliza	N° Siniestro
---	-----------	--------------

Nombre del Contratante:	Rut
-------------------------	-----

Nombre del Asegurado (titular o grupo familiar)	Rut
---	-----

Parentesco con titular	Fecha nacimiento	Dirección	Fono
------------------------	------------------	-----------	------

Indicar Diagnóstico que causó el siniestro	Fecha Diagnóstico	Lugar de Atención	Urgencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Isapre
--	-------------------	-------------------	---	--------

Indicar Cantidad de: Bonos: ____ Boletas Originales: ____ Facturas: ____ Reembolsos: ____ Boletas farmacia: ____ Otro: ____	Monto Reclamado \$	Continuación Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	-----------------------	---

En caso de Accidente indicar : ¿ Cómo fue? ¿Dónde fue, con fecha y hora? . Lugar de 1ª atención :

<p>ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEPENDIENDO DE LA COBERTURA SOLICITADA:</p> <p>PARA FALLECIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado. <input type="checkbox"/> Certificado de defunción original. <input type="checkbox"/> Informe médico tratante <input type="checkbox"/> Parte policial si el siniestro es causado por un accidente <input type="checkbox"/> Certificados de Estudios de los hijos si el seguro es de Estudios <input type="checkbox"/> Fotocopia carné de identidad de él o los beneficiarios. <p>ACCIDENTES PERSONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado. <input type="checkbox"/> Parte policial <input type="checkbox"/> Protocolo de autopsia emitido por el servicio médico <input type="checkbox"/> Resultado de alcoholemia y pruebas toxicológicas. <p>PARA INVALIDEZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado. <input type="checkbox"/> Copia certificada del 1er Dictamen de Invalidez, según Sistema Previsional de Pensiones. <input type="checkbox"/> Certificado Médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique el diagnóstico o la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó la invalidez. <input type="checkbox"/> Licencia Médica para la Incapacidad temporal. <p>SALUD CATASTRÓFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de cédula de Identidad del asegurado afectado. <input type="checkbox"/> Informe Médico basado en historial clínico y exámenes, que indique el diagnóstico y la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó los gastos. <input type="checkbox"/> Boletas y facturas originales cuando la prestación no este cubierta por la ISAPRE o FONASA, en caso contrario Boleta de la ISAPRE o FONASA. <p>Autorizo a cualquier médico, Hospital, Clínica u otra institución o persona que tenga registros personales míos o de mi grupo familiar incluidos en esta declaración, para que pueda dar información solicitada por Banchile Seguros de Vida S.A. incluso en caso de muerte.</p>

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

Fecha recepción Compañía: ___/___/___/

Firma Contratante / Asegurado: _____