

# SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES



POLIZA No	ITEM No	VIGENCIA	Desde	Hasta	AGENTE	N° Siniestro Liquidador Abogado	CODIGO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	
								<input type="text"/>	<input type="text"/>
								<input type="text"/>	<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"/>
		FECHA NACIMIENTO
OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U OTRAS)		

## 3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

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

### DATOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:

BANCO	<input type="text"/>
TIPO DE CUENTA (VISTA, CORRIENTE, RUT)	<input type="text"/>
CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>

## 4. DATOS DEL ACCIDENTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE
DESCRIPCION COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:		
<input type="text"/>		

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

