

¿Qué hacer en caso de siniestro?

CATASTRÓFICO – ONCOLÓGICO-VIDA, MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL, MAXIMA PROTECCIÓN

PASO 1:

- ✓ Presentar antecedentes escaneados al correo electrónico: siniestrosbcs@bancochile.cl
- ✓ Presentar documentos originales, en las oficinas de Banchile Corredores de Seguros ubicadas en Huérfanos 670, piso 23 Santiago Centro, con su ejecutivo de cuentas o cualquier sucursal del Banco de Chile.

PASO 2:

- ✓ Existe un **plazo de 60 días** para presentar los antecedentes, contados desde la fecha de ocurrido el evento.

IMPORTANTE:

Para mayor información sobre cobertura y condiciones de su producto, favor consultar la póliza del seguro contratado.

**FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS
SALUD / VIDA**

| DATOS DEL ASEGURADO (OBLIGATORIOS Y LEGIBLES) | |
|--|-------------------|
| Nombre Completo: | RUT: |
| Dirección particular: | |
| Comuna: | Ciudad: |
| Teléfono: | Teléfono celular: |
| Mail*: | |

*Toda la información respecto del siniestro será comunicada vía e-mail. En caso de alguna duda comunicarse al 800 210 023

| DATOS DEL DENUNCIANTE (si es el asegurado no completar nuevamente) | |
|---|-------------------|
| Nombre Completo: | |
| Teléfono: | Teléfono celular: |
| Mail*: | |

| DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA | |
|--|---|
| Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada | |
| <p>Fallecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios. <input type="checkbox"/> Certificado Defunción. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Muerte Accidental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado Defunción. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios. <input type="checkbox"/> Parte Policial. <input type="checkbox"/> Protocolo de Autopsia. <input type="checkbox"/> Resultado de Alcoholemia. <input type="checkbox"/> Resultado Toxicológico. <p>Invalidez accidental y ITP 2/3 o Máxima Protección</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dictamen de Invalidez. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Parte Policial. <input type="checkbox"/> Resultado de Alcoholemia. <input type="checkbox"/> Resultado Toxicológico. <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. | <p>Renta Diaria por Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Prefectura de la cuenta hospitalaria. <input type="checkbox"/> Certificado Médico Tratante por días de hospitalización. <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <p>Fallecimiento Colegiatura y/o Educación Superior</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Certificado Defunción. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Certificados de Nacimiento para Asignación Familiar. <input type="checkbox"/> Certificados de alumno regular (original). <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Post Grado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de Egreso de Institución Superior. <input type="checkbox"/> Inscripción y Aceptación en Postgrado. <p>Salud Catastrófico o Máxima Protección</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas (Original). <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <input type="checkbox"/> Declaración Jurada Simple. |

| | |
|--|---|
| <p>Desmembramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Parte Policial. <input type="checkbox"/> Radiografías. <input type="checkbox"/> Copia de Ingreso a Servicio de Urgencias. <p>Incapacidad temporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Fotocopia del Título Universitario. <input type="checkbox"/> Declaración de Impuesto a la Renta. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Licencia Médica. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Gasto Médico Accidente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas (Originales). <p>Enfermedades Graves</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Resultado de Radiografías. <input type="checkbox"/> Resultado de Biopsias. <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. | <p>Oncológico o Máxima Protección</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Resultado de Radiografías. <input type="checkbox"/> Resultado de Biopsias. <input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas (Originales). Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <p>Infarto al Miocardio y Enfermedades Coronarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Resultado del Electrocardiogramas. <input type="checkbox"/> Resultado de Coronografía. <input type="checkbox"/> Bonos, Reembolsos, Boletas (Originales). <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Renta Temporal por Invalidez</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad. <input type="checkbox"/> Primer Dictamen de Invalidez Comisión Médica Regional. <input type="checkbox"/> Ficha Clínica. <input type="checkbox"/> Liquidaciones de Sueldo (6). <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <p>Enfermedades Graves Plus</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Ficha Clínica de la Enfermedad <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años. <input type="checkbox"/> Resultados de Radiografías y Exámenes <input type="checkbox"/> Biopsia con resultado Positivo <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. |
|--|---|

Declaración simple en caso de accidente

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Recuerde que su solicitud se mantendrá pendiente hasta que Compañía de Seguros recepcione el total de documentos requeridos en cada tipo de cobertura.

IMPORTANTE: Para conocer resolución usted puede llamar al 800 210 023. Para enviar adicionales faltantes, usted puede hacerlos llegar directamente vía mail a nuestra casilla: siniestrosbcs@bancochile.cl.

| | |
|-------|-------|
| | |
| Fecha | Firma |

RECLAMANTE

| | |
|-------|-------|
| | |
| Fecha | Firma |

RECEPCIONADO BANCO