

¿Qué hacer en caso de siniestro?

CATASTRÓFICO

PASO 1:

- ✓ Presentar documentos a través de casilla siniestrosbcs@bancochile.cl, adjuntar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB, indicando en el asunto del mail si es un **Denuncio** o una **Documentación adicional** con rut. del Asegurado.

NOTA: Se solicita guardar documentación original por si en un futuro es solicitado por Compañía de Seguros.

ONCOLÓGICO

PASO 1:

- ✓ Presentar documentos a través de casilla siniestrosbcs@bancochile.cl, adjuntar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB, indicando en el asunto del mail si es un **Denuncio** o una **Documentación adicional** con rut. del Asegurado.

ONCOLÓGICO LIBRE ELECCION

PASO 1:

- ✓ Presentar documentos originales a través de casilla siniestrosbcs@bancochile.cl, enviar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB, indicando en el asunto del mail si es un **Denuncio** o una **Documentación adicional** con rut. del Asegurado.

NOTA: Se solicita guardar documentación original por si en un futuro es solicitado por Compañía de Seguros

VIDA MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL

PASO 1:

- ✓ Presentar antecedentes escaneados al correo electrónico: siniestrosbcs@bancochile.cl

MAXIMA PROTECCIÓN

PASO 1:

- ✓ Presentar documentos originales a través de casilla siniestrosbcs@bancochile.cl, enviar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB, indicando en el asunto del mail si es un **Denuncio** o una **Documentación adicional** con rut. del Asegurado.
- ✓ NOTA: Se solicita guardar documentación original por si en un futuro es solicitado por Compañía de Seguros.

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*:	

DATOS DEL DENUNCIANTE (si es el asegurado no completar nuevamente)

Nombre Completo:	
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail*:	

DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

Autorizo Medio de Pago :	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/> Cuenta Vista	<input type="checkbox"/> Vale Vista
N° de Cuenta :	Banco :		

***El pago del siniestro debe ser al asegurado, por lo que los datos de la cuenta indicada deben pertenecer al mismo.**

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA

Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada

Fallecimiento

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios.
- Certificado Defunción.
- Informe Médico Tratante.
- Ficha Clínica
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Muerte Accidental

- Certificado Defunción.
- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios.
- Parte Policial.
- Protocolo de Autopsia.
- Resultado de Alcoholemia.
- Resultado Toxicológico.

Invalidez accidental y ITP 2/3

- Dictamen de Invalidez.
- Informe Médico Tratante.
- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Parte Policial.

Renta Diaria por Hospitalización

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Informe Médico Tratante.
- Prefectura de la cuenta hospitalaria.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Fallecimiento Colegiatura y/o Educación Superior

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Informe Médico Tratante.
- Certificado Defunción.
- Ficha Clínica.
- Certificados de Nacimiento para Asignación Familiar.
- Certificados de alumno regular (original).
- Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Post Grado

- Certificado de Egreso de Institución Superior.
- Inscripción y Aceptación en Postgrado.

Salud Catastrófico

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Informe Médico Tratante.

- Resultado de Alcoholemia.
- Resultado Toxicológico.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Desmembramiento

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Informe Médico Tratante.
- Parte Policial.
- Radiografías.
- Copia de Ingreso a Servicio de Urgencias.

Incapacidad temporal

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Fotocopia del Título Universitario.
- Declaración de Impuesto a la Renta.
- Informe Médico Tratante.
- Licencia Médica.
- Ficha Clínica.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Gasto Médico Accidente

- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado.
- Informe Médico Tratante.
- Bonos, Reembolsos, Boletas.

Enfermedades Graves

- Fotocopia de Cédula Identidad del Asegurado
- Ficha Clínica.
- Resultado de Radiografías.
- Resultado de Biopsias.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Enfermedades Graves Plus

- Fotocopia de Cédula de Identidad
- Ficha Clínica de la Enfermedad
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.
- Resultados de Radiografías y Exámenes
- Biopsia con resultado Positivo
- Informe Médico Tratante.

- Ficha Clínica.
- Bonos, Reembolsos, Boletas.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.
- Declaración Jurada Simple.

Oncológico

- Fotocopia de Cédula Identidad del Asegurado
- Ficha Clínica.
- Resultado de Radiografías.
- Resultado de Biopsias.
- Bonos, Reembolsos, Boletas.
- Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.
- Informe Médico Tratante.

Oncológico Libre Elección

- Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado.
- Ficha Clínica.
- Resultado de Radiografías.
- Resultado de Biopsias.
- Bonos, Reembolsos, Boletas.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.
- Informe Médico Tratante.
- Declaración Jurada Simple

Infarto al Miocardio y Enfermedades Coronarias

- Fotocopia Cédula de Identidad asegurado
- Ficha Clínica.
- Resultado del Electrocardiogramas.
- Resultado de Cronografía.
- Bonos, Reembolsos, Boletas.
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Renta Temporal por Invalidez

- Fotocopia de Cédula Identidad Asegurado.
- Primer Dictamen de Invalidez Comisión Médica Regional.
- Ficha Clínica.
- Liquidaciones de Sueldo (6).
- Historial de Prestaciones Médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

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 de su siniestro, usted puede llamar al 800 210 023.
- Para enviar adicionales faltantes, usted puede hacerlos llegar directamente vía mail a nuestra casilla: siniestrosbcs@bancochile.cl.
- **Autorizo a Banchile Corredora de Seguros y la compañía liquidadora del siniestro haga envío directo al mail registrado en este formulario.**

NOTAS:

- ✓ Enviar documentación en formato PDF y con un peso no superior a 3 MB.
- ✓ Indicar en el asunto del mail si es un Denuncio o una Documentación adicional.
- ✓ Se solicita guardar documentación original por si en un futuro es solicitado por Compañía de Seguros.

Fecha	Firma

RECLAMANTE

Fecha	Firma

RECEPCIONADO BANCO