

## SEGURO RENTA POR HOSPITALIZACIÓN ¿Qué hacer en caso de siniestro?

### PASO 1:

- ✓ En un plazo no mayor a 30 días hábiles recopile los siguientes antecedentes mínimos requeridos para activar la póliza detallados a continuación:
  - Formulario de Denuncio
  - Epicrisis o Prefectura que contenga diagnóstico y fecha clara de ingreso y egreso del centro hospitalario.
  - Copia de Cedula de Identidad
  -
- En caso de accidente debe incluir:
  - Parte policial
  - Informe de Alcoholemia
  - Examen toxicológico (si corresponde)

### PASO 2:

- ✓ Envíe los antecedentes a la casilla [siniestrosbcs@bancochile.cl](mailto:siniestrosbcs@bancochile.cl), adjuntando la documentación mínima requerida indicada en paso 1.
- ✓ Indique en el asunto del mail debe indicar: Denuncio RENTA POR HOSPITALIZACION
- ✓ Toda documentación adjunta debe ser enviada en formato PDF con un peso no superior a 5 MB.

**NOTAS:** No olvide indicar en el asunto del mail si es un Denuncio o una Documentación adicional.

#### **IMPORTANTE:**

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

**FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS  
RENTA POR HOSPITALIZACION**

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	
<b>*El pago del siniestro debe ser al asegurado, por lo que los datos de la cuenta indicada deben pertenecer al mismo.</b>	
Autorizo Medio de Pago: <input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista
N° de Cuenta:	Banco:

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA
<p><b><u>PARA ACTIVAR SU POLIZA</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Formulario de Denuncio de Siniestro</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia cedula identidad del asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Epicrisis o Prefectura que incluya Diagnostico y Fecha clara de Ingreso y Egreso del centro Hospitalario.</p> <p><b><u>EN CASO DE ACCIDENTE</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Parte Policial</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Alcoholemia</p> <p><input type="checkbox"/> Informe Toxicológico</p>

**IMPORTANTE:**

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

Fecha	Firma

RECLAMANTE

Fecha	Firma

RECEPCIONADO BANCO