

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO? SEGURO BANCHILE ONCOLÓGICO LIBRE ELECCIÓN

Procedimiento:

PASO 1:

- Presentar documentos 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.

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

SEGURO BANCHILE ONCOLÓGICO LIBRE ELECCIÓN

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:	

DATOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO			
Autorizo Medio de Pago:	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/> Vale Vista	<input type="checkbox"/> Cuenta Vista
N° de Cuenta Corriente:	Banco:		
N° de Cuenta Vista:			

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

<u>ONCOLOGICO LIBRE ELECCION</u>
<input type="checkbox"/> El presente formulario firmado por el asegurado
<input type="checkbox"/> Fotocopia simple de Carnet de Identidad del asegurado por ambos lados.
<input type="checkbox"/> Ficha Clínica.
<input type="checkbox"/> Resultado de Radiografías.
<input type="checkbox"/> Biopsia con resultado positivo
<input type="checkbox"/> Bonos emitidos por Isapre o Fonasa
<input type="checkbox"/> Reembolsos de gastos médicos
<input type="checkbox"/> Boletas de copago realizado al prestador
<input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante.
<input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.
<input type="checkbox"/> Declaración Jurada Simple

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 estado de su siniestro, usted puede llamar al 800 210 023
- Para enviar adicionales faltantes, usted puede hacerlos llegar vía mail a nuestra casilla: siniestrosbcs@bancochile.cl. No olvide considerar un peso máximo de 3MB en los documentos adjuntos.
- Autorizo a Banchile Corredora de Seguros y la Compañía de Seguros haga envío al mail registrado en este formulario información del siniestro.

Fecha	Firma
-------	-------

RECLAMANTE

Fecha	Firma
-------	-------

RECEPCIONADO BANCO

Noviembre 2021

