

¿Qué hacer en caso de siniestro? SEGURO ENFERMEDADES GRAVES

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 AVISO DE SINIESTRO

ENFERMEDADES GRAVES

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

*El pago del siniestro es realizado al asegurado titular de Póliza Seguros. Si los datos indicados no corresponden al asegurado es emitido un vale vista

DETALLE DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
<p><u>ENFERMEDADES GRAVES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 de la Enfermedad. <input type="checkbox"/> Resultado de Radiografías y Exámenes. <input type="checkbox"/> Biopsia con resultado positivo <input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante. <input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones médicas de Isapre o Fonasa con antigüedad de 4 años.

Importante:

- Para conocer el estado de su siniestro, usted puede llamar al 800 210 023.
- Para enviar documentos 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 directo al mail registrado en este formulario información del siniestro.**

Fecha	Firma

RECLAMANTE

Fecha	Firma

RECEPCIONADO BANCO