

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

SEGURO COLECTIVO ACCIDENTES PERSONALES

Procedimiento:

PASO 1:

- Presentar los documentos detallados en el siguiente formulario según la cobertura que desea activar a través de casilla **siniestrosbcs@bancochile.cl**.
- Debe enviar toda la 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. Considere siempre informar el Rut del Asegurado.

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

PASO 2:

Producido un siniestro, el Asegurado o Reclamante deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del mismo. No obstante, se establece un **plazo de 90** días corridos siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro, empleando para tal efecto un formulario de denuncia de siniestros que proporcionará la Corredora. En el caso de la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente, este plazo se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera.

La compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes que estime necesarios para la liquidación del siniestro.

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

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

SEGURO COLECTIVO ACCIDENTES PERSONALES

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

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA	
Adjuntar los siguientes documentos dependiendo de la cobertura solicitada	
<p>Cobertura Muerte Accidental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula Identidad de los herederos legales, conforme a la posesión efectiva <input type="checkbox"/> Formulario de denuncia de siniestro firmado por el Reclamante indicando número de póliza y cobertura siniestrada. <input type="checkbox"/> Copia del Parte Policial y Certificado de atención de urgencia. <input type="checkbox"/> Certificado original de defunción del Asegurado, indicando la causa de muerte, o fotocopia legalizada <input type="checkbox"/> Documento Posesión o auto de posesión efectiva. 	<p>Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Accidente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado indicando número de póliza y cobertura siniestrada <input type="checkbox"/> Certificados, exámenes e informes médicos comprobatorios de la Incapacidad. <input type="checkbox"/> Certificado de "Dictamen de Invalidez Trabajador Afiliado" emitido por Superintendencia de Pensiones o Certificado emitido por COMPIN u otro organismo facultado para estos efectos (Carpedena, Dipreca, etc.), según corresponda. <input type="checkbox"/> Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados <input type="checkbox"/> Copia del Parte Policial y Certificado de atención de urgencia.

Cobertura Desmembramiento por Accidente

- Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado indicando número de póliza y cobertura siniestrada
- Certificados, exámenes e informe médico tratante que fundamentes el diagnóstico
- Certificado de “Dictamen de Invalidez Trabajador Afiliado” emitido por Superintendencia de Pensiones o Certificado emitido por COMPIN u otro organismo facultado para estos efectos (Carpedena, Dipreca, etc.), según corresponda.
- Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.
- Copia del Parte policial y Certificado de atención de urgencia.

Cobertura Monto Diario por Hospitalización por Accidente

- Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado indicando número de póliza y cobertura siniestrada
- Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados;
- Autorización de hospitalización firmada por el médico tratante;
- Certificado del Hospital que acredite los días de hospitalización del Asegurado en dicho recinto, o copia del Programa Médico o Factura emitida por el Hospital o Clínica en la cual se indiquen los días de hospitalización o fecha ingreso y alta (desde – hasta).
- Certificado Médico indicando fecha y diagnóstico del accidente que requirió de la hospitalización;
- Copia del Parte policial y Certificado de atención de urgencia según corresponda.

Cobertura de Reembolso Gastos Médicos por Accidente

- Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado indicando número de póliza y cobertura siniestrada
- Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.
- Documentos originales de gastos efectuados (Bonos, boletas o facturas).
- Copia del Parte policial y Certificado de atención de urgencia según corresponda.

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