

# ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

## SEGURO BANCHILE ONCOLÓGICO FAMILIAR

---

### Oncológico Familiar Iram

#### PASO 1:

Recopilar antecedentes mínimos requeridos para activar la póliza.

- Informe de biopsia.
- Fotocopia C.I
- Formulario de denuncia adjunto
- Datos de contacto

#### PASO 2:

- Enviar antecedentes a la casilla [gestion\\_siniestros@bancochile.cl](mailto:gestion_siniestros@bancochile.cl), adjuntando la documentación mínima requerida indicada en paso 1.
- El asunto del mail debe indicar: Denuncio ONCOLOGICO FAMILIAR – Nombre y Rut.
- Toda documentación adjunta debe ser enviada en formato PDF con un peso no superior a 3 MB.

#### PASO 3:

- Una vez evaluado los antecedentes por la compañía, Clínica IRAM tomará contacto con asegurado para coordinar hora médica en un plazo de 48 horas hábiles.
- Una vez confirmada la activación de cobertura Oncológica, la Compañía de Seguros procederá a la evaluación del pago por Beneficio de 50 UF.

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

**Importante:** Recuerde que la cobertura de este seguro es exclusivamente para tratamientos oncológicos realizados en clínica IRAM o donde esta lo determine.

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

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS ONCOLÓGICO FAMILIAR

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>PARA ACTIVAR SU POLIZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado.</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Biopsia.</p> <p><b>*DOCUMENTACION ADICIONAL (QUE PUEDE SER SOLICITADA POSTERIORMENTE LUEGO DE AGENDADA SU HORA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Historial de Prestaciones Médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de exámenes</p> <p><input type="checkbox"/> Informe médico tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia cedula identidad del asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Ficha clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de prestaciones médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de radiografías</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de biopsias</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: [gestion\\_siniestros@bancochile.cl](mailto:gestion_siniestros@bancochile.cl)
- **Autorizo a Banchile Corredora de Seguros y la compañía de seguros haga envío al mail registrado en este formulario información de siniestro.**

|       |       |
|-------|-------|
|       |       |
| Fecha | Firma |

RECLAMANTE

|       |       |
|-------|-------|
|       |       |
| Fecha | Firma |

RECEPCIONADO BANCO

Noviembre 2021