

# ¿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 (Solo para la cobertura Oncológica)
- 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 o Denuncio INCAPACIDAD TEMPORAL – Nombre y Rut según corresponda.
- 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 para la cobertura Oncológica.
- 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	
Nombre Asegurado Titular:	
Autorizo Medio de Pago: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista	
N° de Cuenta Asegurado Titular:	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	
<b><u>PARA ACTIVAR SU POLIZA COBERTURA ONCOLOGICA</u></b>	
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado.
<input type="checkbox"/>	Resultado de Biopsia.
<b>*DOCUMENTACION ADICIONAL (QUE PUEDE SER SOLICITADA POSTERIORMENTE LUEGO DE AGENDADA SU HORA)</b>	
<input type="checkbox"/>	Resultado de exámenes
<input type="checkbox"/>	Informe médico tratante
<input type="checkbox"/>	Fotocopia cedula identidad del asegurado
<input type="checkbox"/>	Ficha clínica
<input type="checkbox"/>	Historial de prestaciones médicas de la Isapre o Fonasa
<input type="checkbox"/>	Resultado de radiografías
<input type="checkbox"/>	Resultado de biopsias
<b><u>PARA ACTIVAR SU POLIZA COBERTURA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE</u></b>	
<input type="checkbox"/>	Informe médico tratante
<input type="checkbox"/>	Fotocopia cedula identidad del asegurado
<input type="checkbox"/>	Historial de prestaciones médicas de la Isapre o Fonasa
<input type="checkbox"/>	Parte Policial
<input type="checkbox"/>	Resultado Alcholemla
<input type="checkbox"/>	Resultado Toxicológico
<input type="checkbox"/>	Dictamen Invalidez

**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**
- **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