

¿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, 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*:	Fecha de Siniestro:

*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:	RUT:
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail*:	

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

DETALLE DE DOCUMENTACION REQUERIDA
<p><u>PARA ACTIVAR SU POLIZA COBERTURA ONCOLOGICA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado.</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de Biopsia.</p> <p>*DOCUMENTACION ADICIONAL (QUE PUEDE SER SOLICITADA POSTERIORMENTE LUEGO DE AGENDADA SU HORA)</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> <p><u>PARA ACTIVAR SU POLIZA COBERTURA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Informe médico tratante</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia cedula identidad del asegurado</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de prestaciones médicas de la Isapre o Fonasa</p> <p><input type="checkbox"/> Parte Policial</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado Alcoholemia</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado Toxicológico</p> <p><input type="checkbox"/> Dictamen Invalidez</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**
- **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

