

Instructivo de Uso Seguro Accidentes Personales y Escolaridad



Fundación Educacional San Francisco Javier



SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

Procedimiento para cobro de Reembolsos de Gastos Médicos

El presente tiene por objeto informar a los padres y apoderados de la **Fundación Educativa San Francisco Javier**, del procedimiento en caso de la atención por accidente, según coberturas contratada en póliza **Col-10536** de Accidentes Personales, vigencia 01/03/2016 al 28/02/2018.

Atención Libre Elección:

- Si el asegurado sufre un accidente, queda a criterio del asegurado la elección del establecimiento donde solicitará la atención médica (modalidad libre elección) y será responsabilidad de éste realizar el pago de estas atenciones al Prestador, para posteriormente solicitar la cobertura o reembolsos en su institución de salud previsional (Isapre/Fonasa u otro).
- El plazo máximo de presentación de gastos en la compañía es de 90 días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto.
- En el caso que el asegurado no pertenezca a ningún sistema previsional, Isapre o Fonasa, la Compañía reembolsará el 50% del total de los gastos reclamado.
- En caso que el gasto incurrido no tenga bonificación del sistema previsional Isapre o Fonasa, la compañía reembolsará el 50% del total de los gastos reclamados.
- Este seguro opera las 24 horas del día los 365 días del año
- Este seguro cubre actividades deportivas escolares como Rugby y escalada.
- Para solicitar el reembolso de los gastos médicos a la Compañía, el asegurado debe presentar siempre los originales de cada uno de los documentos emitidos por la institución de salud (Isapre o Fonasa) o el prestador médico según corresponda, los cuales deberá adjuntar al respectivo formulario "Solicitud de gastos médicos por Accidente" debidamente completado.
- Es importante señalar que la cobertura de gastos médicos por accidente, sólo considera reembolso por atenciones realizadas durante la vigencia del asegurado en la póliza.

**El Monto máximo de cobertura es de UF 42, según vigencia de póliza
EL PLAN CONTRATADO NO CONSIDERA DEDUCIBLE**

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES - COLEGIOS

POLIZA Nº	ITEM Nº	Desde	Hasta	AGENTE	Nº Siniestro	CODIGO
					Liquidador	
					Abogado	

1. DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	RUT

2. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO	RUT
TIPO DE PREVISION	FECHA NACIMIENTO
OBSERVACIONES (SINIESTROS ANTERIORES U OTRAS)	

3. DATOS RECEPTOR DEL PAGO

NOMBRE COMPLETO (PADRE/MADRE/OTRO)	RUT

4. DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE
DESCRIPCION COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:		

De acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Liquidación de Siniestros (Decreto Supremo N° 1055, artículo 20), BICE Vida Compañía de Seguros informa que practicará en forma directa la liquidación del siniestro que se denuncia. El asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días a contar de la fecha de denuncia, oponerse a la liquidación directa, para lo cual deberá solicitar por escrito a BICE Vida que designe un liquidador externo. Esta solicitud podrá realizarla a través de carta certificada dirigida a Av. Providencia 1806, piso 2, Providencia

FECHA

FIRMA DEL RECLAMANTE

NOTA: EL MEDICO TRATANTE DEBERA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DEL REVERSO

COBERTURAS CONTRATADAS

Plan C: Invalidez Total y Permanente 2/3 (UF 42)

Plan E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (UF 42)

Alternativa C: Incapacidad Total y Permanente dos Tercios por Accidente

En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrará dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la alternativa de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980. (Las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial.

Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado.

La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

Esta alternativa de cobertura no podrá ser contratada en conjunto con la alternativa de cobertura D.

Alternativa E: Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía reembolsará al asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de la póliza, de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra como consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las mismas Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de noventa (90) días, u otro plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del

período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Esta alternativa de cobertura contará con un deducible por cada accidente cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se entiende por deducible por cada accidente, el monto de los gastos amparados por esta alternativa de cobertura que será siempre de cargo del asegurado.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación al asegurado, por la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, los Seguros Colectivos Complementarios de Salud contratados por el empleador del Asegurado u otras instituciones similares, públicas o privadas y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al asegurado.

Sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones que correspondan a las distintas alternativas de cobertura de este contrato de seguro, cuando el fallecimiento, desmembramiento, incapacidad, cirugía, hospitalización o gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por:

- a) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado.
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- d) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

- e) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- f) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.
- g) La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- h) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes:
 - i. La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
 - ii. La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
 - iii. La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
 - iv. Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
 - v. Matar ganado.
 - i) Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- j) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
- k) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
- l) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- m) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- n) Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario.
- o) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- p) Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

- q) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina.
- r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- s) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
- t) La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo.
- u) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- v) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- w) Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- x) Atenciones médicas psiquiátricas y/o psicológicas.
- y) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- z) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.
- aa) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- bb) Epidemias oficialmente declaradas.
- cc) Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiéndose que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas

SEGURO DE ESCOLARIDAD

El presente tiene por objeto informar a los padres y apoderados de la **Fundación Educacional San Francisco Javier**, las coberturas contratadas en póliza COL-10534 de Seguro de Escolaridad, vigencia 01/03/2016 al 28/02/2018.

El seguro cubre aquella parte de la colegiatura que no ha sido cancelada al momento del fallecimiento o invalidez del sostenedor. También se entenderá como escolaridad cancelada los pagos anticipados efectuados hasta la ocurrencia del siniestro.

CAPITAL ASEGURADO Col-10534: El capital asegurado es una renta anual, de **UF 118** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, pagadera desde **Medio Mayor hasta 4° Año de Enseñanza Media** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, siempre y cuando el alumno sea un alumno regular y complete los años de estudios que le restan.

MODALIDAD: Simple 100%

CAPITAL ASEGURADO Col-10583: El capital asegurado es una renta anual, de **UF 118** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, pagadera desde **Medio Mayor hasta 4° Año de Enseñanza Media** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, siempre y cuando el alumno sea un alumno regular y complete los años de estudios que le restan.

MODALIDAD: Mancomunado 100% - 100%

CAPITAL ASEGURADO Col-10535: El capital asegurado es una renta anual, de **UF 118** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, pagadera desde **Medio Mayor hasta 6° Año de Enseñanza Superior** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, siempre y cuando el alumno sea un alumno regular y complete los años de estudios que le restan.

MODALIDAD: Simple 100%

CAPITAL ASEGURADO Col-10584: El capital asegurado es una renta anual, de **UF 118** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, pagadera desde **Medio Mayor hasta 6° Año de Enseñanza Superior** por cada hijo que se encuentre estudiando en el Colegio, siempre y cuando el alumno sea un alumno regular y complete los años de estudios que le restan.

MODALIDAD: Mancomunado 100% - 100%

ASEGURADOS: Será asegurado en esta póliza el sostenedor (padre, madre o tutor del alumno), debidamente identificado como tal ante la compañía de seguros, para esto deberá completar el formulario Incorporación de Asegurados que incluye una Declaración Personal de Salud, la cual deberá ser informada a nuestra Compañía a través del Colegio.

- ✓ Se entregará continuidad de cobertura a los asegurados de Póliza Vigente, que ya entregaron su Declaración Personal de Salud y fue aceptada por nuestra Compañía.
- ✓ En el caso de los sostenedores nuevos y de los pendientes, deberán también llenar la Declaración de Salud (no se cubren preexistencias).

- ✓ **CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD INCORPORACIONES:** Podrán ingresar a la póliza, todos los apoderados registrados como tal en la entidad contratante, siempre que cumplan con las siguientes edades y se encuentren en buen estado de salud:

	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento	64 años	70 años

CONDICIONES ESPECIALES:

- ✓ Esta póliza contempla un año de repetición durante el período de cobertura del seguro.
- ✓ Cobertura las 24 horas, dentro o fuera del territorio nacional.
- ✓ En caso de que un alumno se encuentre percibiendo los beneficios de este seguro se cambie de institución educacional, la Compañía seguirá cumpliendo su compromiso de pago de la colegiatura anual hasta que se complete el período de pagos de beneficios.
- ✓ En caso de que ocurra un siniestro de un apoderado durante el transcurso del período de estudios, la renta correspondiente a dicho año se calculará proporcionalmente a los meses que falten para el término de dicho período, comenzando a generarse a partir del siguiente de ocurrido el siniestro.
- ✓ En caso de suicidio, se deberá considerar la vigencia del asegurado en la Compañía anterior, para evaluar la cobertura del siniestro, vigencia que deberá acreditar con un certificado que indique período de cobertura otorgado por la otra compañía.
- ✓ Si la ocurrencia del siniestro se produce entre Enero y Febrero, la Compañía pagará la totalidad del monto anual pactado. Si el siniestro se produce durante los restantes meses, se dividirá el monto anual del beneficio por 10 y se multiplicará por los meses que restan de escolaridad en ese año calendario. Las restantes cuotas anuales, se pagarán cada año en el mes de marzo.
- ✓ Para las pólizas Col-10534 y Col-10535 la cobertura contratada corresponde a Modalidad SIMPLE 100%. Se identifica al asegurado como padre y madre. Se paga al 100% del capital asegurado (renta anual), ante el fallecimiento de padre o de la madre.
- ✓ Para las pólizas Col-10583 y Col-10584 la cobertura contratada corresponde a Modalidad MANCOMUNADO 100%. Se identifica al asegurado como padre y madre. Se paga al 100% del capital asegurado (renta anual), ante el fallecimiento de padre o de la madre.
- ✓ Para el denuncia de siniestro se debe presentar: Formulario de Denuncio de Siniestro, Certificado de Defunción original con causa de muerte, Cuestionario Medico por Fallecimiento. Si se trata de una muerte por accidente se debe adjuntar Parte Policial e Informe de Alcholemia cuando corresponda.

- ✓ El contratante debe además hacernos llegar un Certificado de alumno regular de el o los hijos del sostenedor económico siniestrado, en el cual se debe señalar el nivel que cursa. Una vez aprobado el siniestro y régimen de pago, cada año se debe enviar dicho certificado para que se genere la liquidación.

DENUNCIA DE SINIESTROS:

- ✓ El fallecimiento del asegurado deberá ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.
- ✓ No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía Aseguradora, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado.

PROCEDIMIENTO PAGO DE SINIESTRO:

- ✓ Para el denuncia de siniestro se debe presentar: Formulario de Denuncio de Siniestro, Certificado de Defunción original con causa de muerte, Cuestionario Medico por Fallecimiento. Si se trata de una muerte por accidente se debe adjuntar Parte Policial e Informe de Alcoholemia cuando corresponda (se adjunta formularios)
- ✓ El contratante debe además hacernos llegar un Certificado de alumno regular de el o los hijos del sostenedor económico siniestrado, en el cual se debe señalar el nivel que cursa. Una vez aprobado el siniestro y régimen de pago, cada año se debe enviar dicho certificado para que se genere la liquidación.

FORMULARIO DENUNCIO DE SINIESTROS
DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE COMPLETO:		RUT:	
RELACION CON SINIESTRADO:		FECHA NACIMIENTO: / /	
CORREO ELECTRONICO: <input type="text"/>			
<p>BICE VIDA INFORMA QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO ANTES INDICADA.</p> <p>SOLO EN CASO QUE EL RECLAMANTE NO DISPONGA DE UN CORREO ELECTRONICO PERSONAL O SE OPONGA A ESA VIA DE COMUNICACION, LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN POR CORREO CERTIFICADO A LA SIGUIENTE DIRECCION.</p>			
DIRECCION PARTICULAR:		N°	DEPTO/CASA:
VILLA/POBL.	COMUNA:	REGION	
TELEFONO PARTICULAR:	CELULAR:	TRABAJO:	

DATOS DEL ASEGURADO SINIESTRADO (SOLO SI ES DISTINTO AL RECLAMANTE)

NOMBRE COMPLETO:		RUT:	
RELACION CON RECLAMANTE:		FECHA NACIMIENTO: / /	

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (SOLO SI ES DISTINTO AL SINIESTRADO)

NOMBRE COMPLETO:		RUT:	
RELACION CON SINIESTRADO:		FECHA NACIMIENTO: / /	

COBERTURAS RECLAMADAS

NOMBRE COBERTURA	N° DE POLIZA

DATOS DEL SINIESTRO

 FECHA OCURRENCIA: / / (FECHA FALLECIMIENTO / FECHA DECLARACION DE INVALIDEZ / FECHA DIAGNOSTICO ENFERMEDAD)

EVENTO DENUNCIADO: ES EL HECHO OCURRIDO QUE USTED ESTIMA DEBE SER INDEMNIZADO POR EL SEGURO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> DESMEMBRAMIENTO |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE / ESPECIFIQUE: _____ |
| <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE (INVALIDEZ) | <input type="checkbox"/> OTRO (INDICAR) _____ |

BREVE RELATO DE LOS HECHOS O CAUSAS DEL EVENTO DENUNCIADO: _____

RECINTOS HOSPITALARIOS DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO: _____

 NOMBRE DEL O LOS MEDICOS QUE TRATARON AL PACIENTE: _____

CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO

(Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad)

Estimado(a) Doctor(a):

Su paciente tenía un Seguro de Vida en nuestra Compañía, por lo que para resolver su liquidación, le solicitamos completar el siguiente cuestionario médico por fallecimiento. Los antecedentes que usted nos facilite serán tratados con estricta confidencialidad, por lo que le agradecemos contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo	
RUT <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Fecha de Fallecimiento	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Lugar de Fallecimiento:	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Casa
	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
Detallar:			
Dirección:			
Causas de la Muerte:			
Debido a <input type="checkbox"/> Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Accidente			
Señalar aquí las enfermedades que tuvieron relación directa o indirecta con su fallecimiento, indicando la fecha en que fueron diagnosticadas:			
Diagnóstico Principal:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros Diagnósticos:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros Diagnósticos:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros Diagnósticos:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Concomitantes:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Relacionadas:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Causas Indirectas:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras Enfermedades:	Fecha de diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
El fallecimiento fue certificado por: <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Médico Ocasional <input type="checkbox"/> Servicio Médico Legal <input type="checkbox"/> Otro			
Era usted su médico tratante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Desde que fecha: <input type="text"/>			
Desde cuando comenzó a atenderlo por la última enfermedad: <input type="text"/>			
Cuáles y cuándo fueron los primeros síntomas que motivaron al asegurado fallecido a consultarlo: <input type="text"/>			
Detallar los tratamientos médicos/quirúrgicos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad (Indicar fechas o periodos de tratamiento)			

En qué lugar asistió el asegurado: Domicilio Consulta Hospital Clínica Consultorio

Indicar nombre: _____
Indicar dirección: _____

Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años: No Si Indicar fecha y lugar: _____

A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado: _____

Conocía el Asegurado la enfermedad que padecía: NO SI. Desde cuando: _____

Tiene usted en su poder los protocolos médicos y exámenes complementarios a los que fuera sometido el asegurado en su última enfermedad NO SI. (favor adjuntar copias)

Si usted no era el médico tratante, ¿tiene antecedentes de tratamiento de la enfermedad que causó la muerte? NO SI. Señalar: _____

Lugar donde se trataba: Hospital Clínica Consultorio Otro _____

Indicar nombre: _____
Indicar dirección: _____
Fecha del último control: _____

Favor informar que otro Médico lo derivó a usted o cree que pueda llenar este formulario, Indicar también si conoce en que otra Institución se atendía el Asegurado. Indicar nombre y dirección: _____

Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indicar detalles de cómo éste ocurrió y que sean de su conocimiento:
Fecha de ocurrencia: Hora: _____ Lugar: _____
Circunstancias: _____

Indicar Tipo de accidente: Laboral Tránsito Doméstico Otro: _____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre Completo		RUT
Domicilio		N° Reg. Col. Médico
Teléfono	Celular	Fax
E-mail		

Lugar y Fecha

Firma y timbre del Médico

COBERTURAS CONTRATADAS

Fallecimiento: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, titular o dependiente, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el asegurado sobrevive a la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de término de su cobertura individual en el contrato de seguro colectivo, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, o hasta la fecha de fallecimiento del asegurado titular, si esto ocurre antes.