

NORMATIVA ACCIDENTES ESCOLARES Y  
CORTOPUNZANTES O DE MUCOSAS CON  
FLUIDOS DE ALTO RIESGO  
CAMPOS CLINICOS 2025

Material Elaborado por  
Coordinación de  
Campos Clínicos  
Escuela de  
Obstetricia  
U. Mayor

## INTRODUCCION

Durante la atención de pacientes, existe el riesgo permanente que el personal de salud, incluyendo estudiantes en práctica, se exponga al contacto con fluidos de alto riesgo. Este riesgo puede derivar en infecciones por agentes patógenos transmitidos por esta vía, especialmente cuando se producen lesión percutánea, punción, corte o contacto con mucosa o piel no intacta.

Esta normativa, será empleada para el manejo de accidentes con exposición a sangre o fluidos corporales de riesgo biológico que se presenten en los estudiantes de Pre y Posgrado de la Universidad Mayor, los cuales pueden ocurrir a través de los siguientes tipos de exposición:

- **Percutáneo:** Es el más frecuente y con mayor riesgo de transmisión, a través de un accidente cortopunzante, en el que esté involucrado sangre o fluido corporal de alto riesgo biológico.
- **Mucosa:** Especialmente conjuntiva ocular.
- **Piel no intacta**

## CLASIFICACIÓN

La clasificación de las exposiciones, según la literatura disponible y considerando las conductas que se realizan con los pacientes y el tipo de acción, se pueden catalogar de dos maneras: Con riesgo o Sin riesgo.

### 1.Exposición con riesgo:

- Herida profunda que causa sangrado, provocada por un instrumento con lumen, lleno de sangre o fluido corporal de riesgo, o a simple vista contaminada con sangre o fluido corporal de riesgo.
- Exposición de mucosa o herida, a sangre o fluido corporal a simple vista contaminado con sangre.
- Derrame de sangre o fluido corporal con riesgo en una solución de continuidad de la piel tales como herida, dermatosis o eczema.

## 2. Exposición sin riesgo:

- Herida superficial, que no causa sangrado, o escarificación.
- Herida con instrumento que no está a simple vista contaminado con sangre o fluido corporal de alto riesgo.
- Exposiciones de piel intacta o sana con sangre o fluido corporal de cualquier tipo.
- Todas las exposiciones a fluidos de bajo riesgo o sin riesgo conocido de seroconversión se consideran sin riesgo (Fuente ISP).

## JUSTIFICACIÓN DE LA NORMA

En el caso de Accidentes con fluidos de riesgo biológico que involucre a estudiantes de pregrado y postgrado de las Universidad Mayor de las carreras de la Salud, se deberá ejecutar el siguiente protocolo, que permite la atención fluida del estudiante en el servicio de Urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con quien existe convenio para estos efectos.

## OBJETIVO DE LA NORMA

Dar a conocer las pautas a seguir en caso de accidentes cortopunzantes y exposición de fluidos de alto riesgo.

## ALCANCE

Se aplicará esta normativa a los estudiantes de pregrado de las carreras de la Salud, en convenio, expuestos a accidentes escolares, cortopunzantes o de exposición a fluidos de alto riesgo.

En caso de accidentes escolares, el estudiante podrá utilizar el Seguro Escolar otorgado por el Estado de Chile y según se detalla más adelante.

En la situación de accidentes de trayecto el primer seguro que actúa es el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) que se exige para todo vehículo motorizado que circula en Chile. Como complemento a este seguro el estudiante puede utilizar otro seguro vigente disponible.

El Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) será el prestador prioritario de atención en caso de accidente con riesgo biológico y/o accidente cortopunzante de los estudiantes de pregrado y postgrado de la Universidad Mayor de las Carreras de Salud.

## **PROTOCOLO ACCIDENTECORTOPUNZANTE**

### **Actividades a realizar en el momento del accidente**

1. Detener la actividad clínica de inmediato.
2. Retirarse guantes si se encontraba con ellos realizando la actividad
3. Lavar la zona afectada con agua corriente al menos por 10 minutos, realizando arrastre mecánico.
4. Notificar al docente de escuela y/o Tutor guía.

### **Actividades a realizar posterior al accidente**

1. En caso de ser fuente conocida tomar muestra de sangre en **tubo EDTA gel 8.50 ml o de lo contrario 2 tubos tapa lila de 4ml** de sangre.

De igual forma si la fuente resulta reactiva para VIH se insistirá en la entrega de una muestra de sangre en **tubo correcto: EDTA gel 8.50 ml** para envío posterior al Instituto de Salud Pública. Realizar este procedimiento y notificación al paciente, según norma de la institución de salud.



TUBO EDTA 8.50 ML



TUBO LILA DE 4ML

2. Rotular tubo con nombre completo y rut de paciente fuente, con letra legible. Averiguar nacionalidad, teléfono y dirección de la fuente porque serán preguntados durante la atención en el Servicio de Urgencia.
3. Colocar tubo con la muestra en un recipiente que asegure su indemnidad (recipiente de plástico o plumavit o inclusive dobleguante).
4. El estudiante debe dirigirse **antes de las 2 horas** de haber ocurrido el hecho al **SERVICIO DE URGENCIA** del Hospital Clínico de la Universidad de Chile HCUCH (**Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia**), localizado en el primer piso sector

cuya entrada se encuentra por Av. La Paz. El traslado es de responsabilidad del estudiante (idealmente ir acompañado por un familiar o compañero). En el caso de rural, si se encuentra a una distancia mayor a 2 horas del HCUCH, acudir al hospital público más cercano y hacer uso del seguro escolar estatal.

### Actividades a realizar en el Servicio de Urgencia:

1. En el servicio de urgencia se le solicitará al estudiante firmar un **pagaré**, lo que le permitirá tener una atención fluida hasta cerrar el proceso de atención, el cual posteriormente será de vuelta al momento del alta.
2. Además, debe presentar en **cada atención una Carta de Resguardo firmada por la Dirección de Escuela**, proporcionada por la Universidad. En caso de no portarla debe ser traída, sin excepción, al segundo control, instancia en que se efectuará la liberación del pagaré.
3. Una vez ingresado el estudiante, entregar la muestra sanguínea de paciente fuente a la enfermera y/o médico que prestará la atención.
4. Se le tomará examen de sangre al estudiante y a ambas muestras se les realizará análisis para VIH, VHB, VHC.
5. Los resultados de estos exámenes se encontrarán disponibles dentro de **4 horas. El estudiante debe esperar el resultado.**
6. Según resultados se entregarán las indicaciones médicas.
7. En caso de serología VIH reactiva, se indicará profilaxis TARV por 5 días, la cual debe comenzar inmediatamente.

### Actividades a realizar posterior a la primera atención

1. El estudiante debe solicitar Carta de Resguardo a Escuela, el primer día hábil posterior al accidente (si es que no se llevó antes) mediante un correo a Asistente Ejecutiva de Escuela y Coordinadora de CC.
2. El estudiante será contactado mediante un llamado telefónico y/o a través de correo electrónico a las 24 horas y/o 48 horas si es fin de semana por la enfermera del centro de consultas y procedimientos (CCP) a cargo del programa, para agendar consejería, control de seguimiento o alta.
3. El día que corresponda control, el estudiante debe presentarse en el primer piso sector A oficina N°181 del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

4. El estudiante debe entregar Carta de Resguardo a enfermera del CCP a cargo del programa, de manera de poder liberar el pagaré que firmó en Urgencia.
5. Si el paciente fuente resultó ser VIH reactivo se hará entrega de profilaxis para completar 28 días de TARV.

En el caso de que no se logre contacto con el estudiante o que no asista a su control de seguimiento de alta en tres oportunidades, el CCP informará a la Universidad Mayor. Toda atención es de carácter obligatorio.

## CONSIDERACIONES

### A. Manejo de la exposición:

- **Herida** (lugar de punción): Permitir el sangrado abundante, eliminarlos cuerpos extraños si los hubiera, debe ser inmediatamente limpiada con abundante agua y jabón.
- **Mucosa:** Limpieza con abundante agua, en conjuntiva lavado abundante con suero fisiológico al 0,9%.
- **Piel no intacta:** Lavado con abundante agua y jabón.

**B-1. Consentimiento Informado:** según lo establecido en La **Ley N° 19.779**, artículo 5, promulgada el 14-12-2001, actualmente no se justifica la solicitud de consentimiento informado escrito. Pero a modo de facilitar el proceso, en caso que los campos clínicos lo soliciten, se adjunta consentimiento tipo.

**B-2. Fuente conocida VIH(+):** En caso de que la fuente conocida sea VIH(+), idealmente se debe consignar, obtener antecedentes como última carga viral, recuento de linfocitos CD4 y CD8, tratamiento antirretroviral (TARV) que recibe y resistencias anteriores a TARV.

**C. Traslado del estudiante:** El traslado es de responsabilidad del estudiante de acuerdo a lo establecido en este protocolo. Si el estudiante se encuentra fuera de la Región Metropolitana a la distancia del campo clínico al HCUCH supera las 2 horas de traslado, deberá acudir al Hospital Público más cercano y hacer uso del seguro escolar estatal.

**D. Fuente Recién Nacido:** En caso que la fuente sea el RN, se le tomarán los 4cc a la madre.

**Enfermero Programa Accidente Riesgo Biológico:**

**Sr. Sebastián Curinao Velozo**

**Teléfono: 229788805**

**Correo: [scurinao@hcuch.cl](mailto:scurinao@hcuch.cl)**

**Dirección de Campos Clínicos Universidad Mayor**

Campus Huechuraba/Camino La Pirámide N° 5750.

Edificio Corporativo, 4to piso

ala oeste, Campus Huechuraba

Teléfono Directo (56 2) 23281298

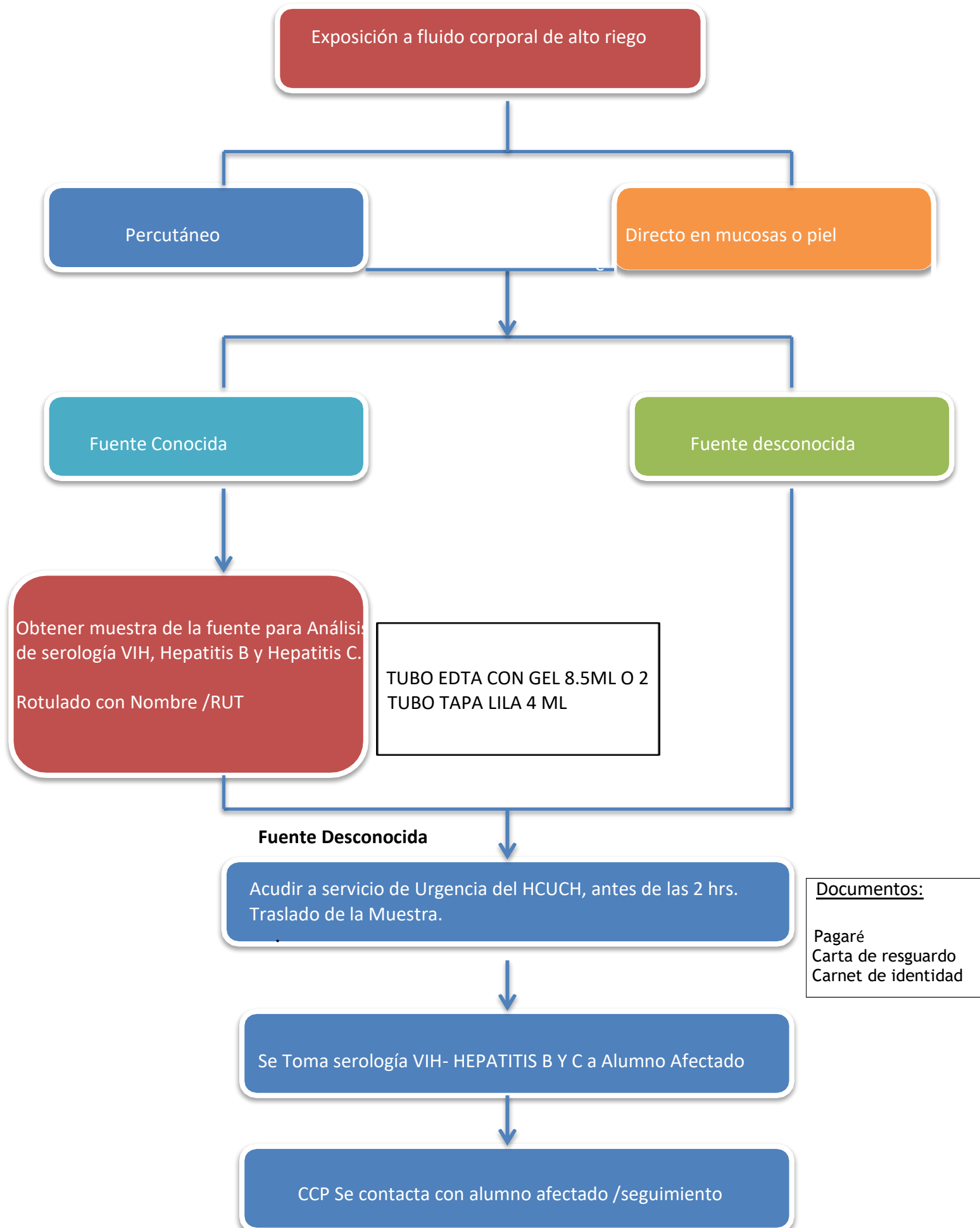
**Departamento de Becas y Convenios U Mayor:**

Sra. Ximena Rivera: Jefa Depto Becas y Créditos UM

Sra. Gladys Retamal: Supervisora Depto Becas y Créditos, encargada Seguros UM

Sra. Deyanira Jofré: Asistente Social Depto Becas y Créditos UM

## FLUJOGRAMA GENERAL DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE





## **CARTA DE RESGUARDO**

Esta consiste en una carta obligatoria y de carácter administrativa, que asume el Alumno afectado ante el Hospital Clínico Universidad de Chile en convenio por ACP, y que tiene por objetivo facilitar el proceso de atención declarados en el Flujograma de accidentes cortopunzantes. Debe presentarse firmada y timbrada por el Director o Directora de Escuela en convenio de la U. Mayor, con datos completos al ingresar a Urgencia del Hospital. En caso de no poder llevarla en la 1era visita, se debe entregar en la segunda citación de control.

Número correlativo se inicia del 001 por cada Escuela.



### **CARTA DE RESGUARDO**

Nº CORRELATIVO \_\_\_\_\_

Nº ATENCIÓN \_\_\_\_\_

SANTIAGO \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Señor  
Director  
Hospital Clínico Universidad De Chile  
Dr. José Joaquín Aguirre  
**Presente**

La institución cuya razón social es Universidad Mayor, Facultad de Ciencias, Rut 71.300.500-k con domicilio en San Pio X N° 2422 Providencia garantiza a Ud. Por intermedio del presente instrumento, que pagará el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la totalidad de los gastos generados por concepto de las prestaciones de salud que se otorguen al Sr.(a) \_\_\_\_\_

Por lo que agradeceré se sirva facturar a esta institución, la totalidad de los gastos originados, los cuales serán totalmente pagados en el plazo máximo de 30 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la factura, aun cuando a esa fecha el Sr. (a) \_\_\_\_\_ Ya no perteneciente a esta institución.

De no pagar la factura remitida por el hospital en el plazo señalado en el párrafo anterior, nos veremos obligados a cancelar un recargo en el porcentaje equivalente a la variación del I.P.C en el periodo comprendido entre la fecha en que debió materializarse el pago y la que efectivamente se pago, más los intereses legales.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  
ENCARGADO (A)

#### **NOTAS:**

- Los gastos generados al otorgar las prestaciones por el Hospital comprenden entre otros posibles, honorarios profesionales, medicamentos, insumos, días de cama, derecho de pabellón, traslados, suministro de prótesis, etc.
- Este documento debe ser presentado con el timbre de la institución.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Según Decreto Nº 31 2015 – Ministerio de Salud se considera:

“Que las personas aquejadas de enfermedades o situaciones relacionadas con su salud, deben ser informadas de los alcances de las mismas y de los medios disponibles para su tratamiento, mantención y recuperación, en su caso. Se reconoce el derecho de las personas a negarse a recibir determinadas prestaciones de salud”.



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE PARA REALIZAR EXÁMENES DE ANTICUERPO VIRUS INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, VIRUS HEPATITIS C, ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B.**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo y número de cédula de identidad, por medio del presente consentimiento, acepto que se me realice solamente la extracción de una muestra de sangre el que será analizado en el laboratorio para anticuerpo contra el VIH, virus Hepatitis C y virus Hepatitis B.

Estoy enterado/a que se me ha solicitado realizar este examen porque un estudiante, aun estando en cumplimiento cabal y oportuno de todos los protocolos de seguridad establecidos por el campo clínico y por la Universidad, estuvo accidentalmente expuesto a mi sangre u otro fluido corporal. Entiendo que este examen no significará ningún costo para mí. Se me ha informado que el resultado del examen será registrado en un archivo médico confidencial de estudiantes expuestos, además de entregarme los resultados de las muestras para mi conocimiento, y la debida orientación de tratamiento en caso de que la muestra resulte positiva.

#### **¿Qué significa el resultado de la prueba?**

Si el resultado es reactivo indica que yo estuve expuesto/a a estos virus en algún momento en el pasado y he formado anticuerpos o tengo antígenos de ellos. También estoy en conocimiento que la presencia de anticuerpos de VIH no significa necesariamente que tengo o adquirí la enfermedad SIDA, y que la presencia de anticuerpos para el virus de la Hepatitis C o antígeno de superficie para Hepatitis B, significan que soy portador de esta enfermedad.

**Beneficios de efectuarse el examen:** Si hay infección, se puede dar tratamiento efectivo que retrasa el desarrollo de la enfermedad, y se puede prevenir contagiar a otros. También permite tomar precauciones con mi sangre y durante las relaciones sexuales, protegiéndome a mí mismo y a los demás.

**Riesgos de la realización del examen:** Discreto dolor al momento de la punción, posible hematoma y sangrado escaso.

Entiendo que el examen es voluntario y que no estoy obligado a que mi sangre sea examinada para los exámenes antes mencionados.

**En caso de dudas posteriores:** comunicarse con [claudia.rodriguez@mayor.cl](mailto:claudia.rodriguez@mayor.cl) directora(s) de Campos Clínicos U. Mayor o al teléfono (56 2) 23281298

---

### **CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE MUESTRA SANGRE**

- Fui informado/a de la naturaleza del examen, sus objetivos, riesgos y beneficios.
- He entendido la información que he recibido sobre el examen.
- He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas.

AUTORIZO al equipo de salud para realizar el procedimiento.

FIRMA .....

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

RESPONSABLE.....

Nombre Representante Legal (en caso de incapacidad del paciente)

RUT: ..... Relación (padre, madre, tutor, esposo, otro)

FIRMA .....

FECHA.....

Directora Campos Clínicos  
Universidad Mayor

Dirección de Campos Clínicos- Universidad Mayor

## **SEGURO ESCOLAR**

### **¿Qué es el seguro escolar?**

El seguro escolar es un beneficio que protege al estudiante que sufre un accidente o lesión a causa o con ocasión de sus estudios o durante la realización de su práctica profesional. Los estudiantes también quedan protegidos durante el trayecto entre su domicilio y el recinto educacional o el lugar donde realizan su práctica.

### **¿Qué estudiantes están protegidos por este seguro?**

Los estudiantes regulares de establecimientos fiscales o particulares desde el nivel de transición de la educación parvularia (pre kinder), de enseñanza básica, media, normal, técnica, agrícola, comercial, industrial y **universitaria**, dependientes del Estado o reconocidos por éste, por los accidentes que sufran durante sus estudios, desde que se matriculan en ellos, con excepción de los períodos de vacaciones.

### **¿Quién entrega las prestaciones médicas en caso de accidente?**

La atención la entregan las postas u hospitales del Servicio de Salud en forma gratuita. Si el estudiante se atiende, por cualquier razón, en un establecimiento privado, regirán las condiciones de su plan de salud particular.

### **¿Cuáles son las prestaciones médicas que incluye el seguro?**

- Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos a domicilio.
- Hospitalización.
- Medicamentos y productos farmacéuticos.
- Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación.
- Rehabilitación física y reeducación profesional.
- Gastos de traslado y cualquier otro necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Adicionalmente, todo estudiante invalidado a consecuencia de un accidente escolar, y que experimente una disminución considerable en su capacidad de estudio, tendrá derecho a recibir educación gratuita de parte del Estado, el que deberá programarla en establecimientos comunes o especiales, de acuerdo con la naturaleza de la invalidez y las condiciones residuales de estudio de la víctima.

### **¿Qué ocurre con los estudiantes que han contratado un seguro escolar con alguna clínica en particular?**

Ese seguro es separado del que ofrece el Estado. El seguro escolar establecido por ley otorga a todos los estudiantes atención médica gratuita **en establecimientos públicos**, por lo que contratar y hacer uso de un seguro adicional con un centro médico privado es algo completamente opcional y voluntario del estudiante o su familia.

(Ley 16.744 y Ley 20.067 - fuente Biblioteca Congreso nacional)

### **Normativa Accidentes -Escuela Obstetricia – U Mayor**

1. La Escuela de Obstetricia vía Docente Coordinadora de Unidad o vía Docente Supervisora de práctica, se comunicará con los padres del alumno(a) y/o contacto de emergencia ingresado en su carpeta personal, con el fin de dar aviso de lo ocurrido y su dirección de traslado.
2. Tanto Campo Clínico y la Escuela debe contar con el “**Formulario de reembolso seguro y declaración simple de accidente**” para ser llenado y firmado por médico al momento de la atención de urgencia.
3. Para acceder al reembolso de gastos médicos, el alumno(a) en práctica y en universidad, debe presentar luego del evento el Formulario de Solicitud de reembolso de gastos médicos, proporcionado por la Aseguradora **BICE Vida** (Año 2024). Será condición necesaria para proceder al reembolso adjuntar todas las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados.
4. Los Beneficios otorgados por el seguro son complementarios a los entregados por FONASA e ISAPRES, en consecuencia, para las prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales descritos y que no sean bonificados deberán ingresar al seguro.
5. Si el alumno no cuenta con sistema previsional (Isapre o Fonasa o FFAA) sino que es Particular, la compañía aseguradora considera como gasto efectivo el **50 %** hasta un tope de 50 UF anuales.
6. En caso de tratarse de estudiantes que participan en selecciones deportivas UM el tope es de 150 UF anuales.
7. El formulario debe ser llenado, timbrado y firmado por el médico tratante y el alumno beneficiado, quien debe entregarlo junto a todos los antecedentes tales como diagnóstico médico, boletas o facturas del establecimiento en el cual fue atendido y comprobantes de Isapre o Fonasa (originales) que respalden los gastos efectuados. El estudiante deberá entregar todos estos documentos en el área de seguros Estudiantiles del departamento de Becas y créditos en un plazo no superior a **45 días** corridos, contados desde la fecha del accidente, para iniciar la tramitación correspondiente.

Coordinación de Campos Clínicos Esc Obstetricia Universidad Mayor  
Actualizado KLV enero 2025



Se deberá informar por conducto regular a :

- **Docente Escuela de Obstetricia que figura por Nómina a cargo de los Alumnos.**
- **Docente coordinadora de la asignatura clínica.**
- **Prof. Mat. Karla Lombardi Coordinación de Campos clínicos (+56992355079 y al mail: [karla.lombardi@umayor.cl](mailto:karla.lombardi@umayor.cl) con copia a Asistente ejecutiva de escuela Sra. Gabriela González al mail [gabriela.gonzalez@umayor.cl](mailto:gabriela.gonzalez@umayor.cl).**

En caso de dudas favor contactar a :

- Gladys Retamal: [gladys.retamal@umayor.cl](mailto:gladys.retamal@umayor.cl)
- Ximena Rivera: [ximena.rivera@umayor.cl](mailto:ximena.rivera@umayor.cl)
- Deyanira Jofré: [deyanira.jofre@umayor.cl](mailto:deyanira.jofre@umayor.cl)

#### CONVENIOS

- **Aseguradora BICE VIDA**
- **Hospital Clínico Universidad de Chile. (accidentes corto punzantes)**
- **UCM (Unidad Coronaria Móvil) : 22 3914444**

Coordinación de Campos Clínicos Esc Obstetricia Universidad Mayor  
Actualizado KLV enero 2025

Coordinación de Campos Clínicos Esc Obstetricia Universidad Mayor  
Actualizado KLV enero 2025



## Declaración de Evento Accidente Estudiantes

Todo evento que ocurra en Campos Clínicos, para que se notifique y empiece a correr el conducto regular de accidentes, el alumno involucrado debe llevar al centro de Atención el “**Formulario de Declaración Simple del accidente**” para ser timbrado y firmado por el médico que entregó la atención de urgencia.

Este documento debe ser llenado por médico, Docente ó profesional de la Salud.

### DECLARACIÓN SIMPLE DE ACCIDENTE

#### 1.- INDIVIDUALIZACIÓN DEL ACCIDENTADO:

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

COMUNA: \_\_\_\_\_

FONO: \_\_\_\_\_

PREVISIÓN DE SALUD: \_\_\_\_\_

#### 2.- ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE:

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

SITIO PRECISO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA: \_\_\_\_\_

COMUNA: \_\_\_\_\_

#### 3.- CIRCUNSTANCIAS (Describir brevemente cómo ocurrió):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Actualizado KLV/Dic2023

Coordinación de Campos Clínicos Esc Obstetricia Universidad Mayor  
Actualizado KLV enero 2025

Coordinación de Campos Clínicos Esc Obstetricia Universidad Mayor  
Actualizado KLV enero 2025





## Seguro en convenio año 2024 con la Universidad Mayor.

Para que sea efectivo el Reembolso y la Denuncia de Siniestros en la Aseguradora BICE Vida el alumno debe llenar el Formulario otorgado por dicha aseguradora y adjuntarlo con todos los documentos propios del Accidente.

### SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES



|           |         |       |       |        |                                 |        |
|-----------|---------|-------|-------|--------|---------------------------------|--------|
| POLIZA No | ITEM No | Desde | Hasta | AGENTE | N° Siniestro Liquidador Abogado | CODIGO |
|           |         |       |       |        |                                 |        |

#### 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 |
|                                        |     |
| DATOS BANCARIOS PARA DEPOSITO:         |     |
| BANCO                                  |     |
| TIPO DE CUENTA (VISTA, CORRIENTE, RUT) |     |
| CORREO ELECTRONICO                     |     |

#### 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



Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas. Indispensables para permitir a su paciente aprovechar los beneficios del seguro. Agradecemos su colaboración.

---

NOMBRE COMPLETO

## ESPECIALIDAD

[illegible]

### 1. Nombre del paciente

## 2. Edad

### 3. Diagnóstico (letra clara de imprenta por favor)

#### 4. ¿Cuándo ocurrió el accidente?

Fechadel 20

5. ¿Proviene los daños a su juicio del accidente que describe el asegurado?

6. OBSERVACIONES Y/O TRATAMIENTO INDICADOFecha

del 20

Firma

(Médico Cirujano)

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SOLAMENTE**

### OBSERVACIONES AREA SINIESTROS

V<sup>o</sup>B<sup>o</sup> / FECHAOBSERVACIONES AREA EVALUACION MEDICAV<sup>0</sup>B<sup>0</sup> / FECHA