

# Protocolo Seguro de Accidentes Personales

Capacitación Censo de Población y Vivienda



# Introducción

En esta presentación revisaremos los lineamientos que se deben seguir en caso de la ocurrencia de accidentes personales del equipo operativo del Proyecto Censo de Población y Vivienda 2024 durante el desempeño de sus tareas en terreno. Se explican e indican los procedimientos para hacer efectivo el seguro para el equipo operativo en terreno del Proyecto CPV 2024.

# Contenidos

- 01.** Consideraciones iniciales
- 02.** ¿Qué hacer cuando ocurre un accidente?
- 03.** ¿Dónde y cómo acudir en caso de accidente?
- 04.** Cobertura
- 05.** Reembolso
- 06.** Preguntas frecuentes
- 07.** Anexos



**01.**



# Consideraciones iniciales



Este protocolo se basa en los procedimientos formalizados por la **Compañía de Seguros Southbridge**, la cual está **contratada para el desarrollo del CPV2024.**

# Cargos y sus responsabilidades en el protocolo

Cargo	Tarea
Equipos Regionales CPV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer los procedimientos señalados en el presente documento.</li><li>• Asegurar el cumplimiento de los procedimientos señalados en el presente documento de forma oportuna y eficiente.</li></ul>
Coordinador(a) de Local Censal (CLC)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer los procedimientos señalados en el presente documento.</li><li>• Entregar orientación al personal operativo que lo requiera dentro del Local Censal asignado.</li></ul>
Coordinador(a) de Grupo (CG)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer los procedimientos señalados en el presente documento.</li><li>• Entregar orientación al personal operativo que lo requiera dentro del grupo asignado.</li></ul>
Censista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer los procedimientos señalados en el presente documento.</li><li>• Gestionar procedimientos señalados en caso de accidente y/o reembolso durante el desempeño de sus tareas, de forma oportuna y eficiente.</li></ul>



**02.**



**Qué hacer cuando  
ocurre un accidente?**

# Violencia al Personal Operativo:

Refiere a **lesiones derivadas de violencia física** tales como: castigos físicos, golpes, bofetadas, empujones, y cualquier otra conducta de agresión física, que cause, daño o sufrimiento físico; sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.







## Paso a Paso frente a la violencia al personal operativo:

1. La persona afectada deberá **retirarse del lugar**, buscando un sector alejado de los incidentes.
2. Debe **contactar inmediatamente a su coordinador(a)** directo para informar lo ocurrido.
3. Si la **gravedad de las lesiones** impide que se movilice por su cuenta, deberá **solicitar una ambulancia**.
4. Al momento de ser atendido, la persona afectada deberá **presentar su credencial institucional de Censo**, indicar su **cédula de identidad** y será atendida con la cobertura del seguro.
5. Para **conocer el alcance y detalles de la cobertura del seguro**, revisar desde el punto 3.2 (“¿Dónde y cómo acudir en caso de un accidente?”) del presente documento.
6. **De proceder, dirigirse a la comisaria o cuartel** de Carabineros de Chile, Fiscalía o Cuartel de Policía Investigaciones, para **realizar la respectiva denuncia**.

# Accidente con resultado de lesiones leves a Personal Operativo

**Corresponde a, toda lesión que sufra el personal operativo a causa o con ocasión de su trabajo que no implique riesgo vital.**





## Paso a Paso:

1. La persona afectada debe **dar aviso inmediato a su coordinador(a) directo(a)** de la situación y entregar los antecedentes del accidente.

2. En el caso de NO necesitar asistencia médica inmediata, comunicar la situación al coordinador(a) directo sobre el accidente para **evaluar y coordinar asistencia a servicio de salud.**

3. En el caso de **requerir asistencia médica inmediata** efectuar lo que se expone en los siguientes puntos.

- El **traslado al centro de atención de salud** debe ser mediante **vehículo institucional o autogestionado previo aviso a su coordinador(a) directo(a)**, cuando la situación del accidente se lo permita, y acudir preferentemente a recintos de la Mutual de Seguridad (Anexo N°1).
- Al momento de ser atendido, **presentar su credencial institucional de Censo**, indicar su **cédula de identidad** y será atendida con la cobertura del seguro.



## Paso a Paso:

4. Para conocer el alcance y detalles de la cobertura del seguro, revisar desde el punto 3.2 (“¿Dónde y cómo acudir en caso de un accidente?”) del presente documento.

5. La persona afectada debe ser acompañada por el coordinador(a) directo(a) o por algún integrante del equipo operativo al centro de salud al que sea derivado. Siempre primará la seguridad del colaborador(a), por lo que, de requerir atención inmediata, la asistencia del coordinador(a) directo(a) u otro, podrá realizarse una vez ingresado el colaborador(a) al centro de salud.

# Accidente con resultado de lesiones graves a Personal Operativo:

**Refiere a toda lesión que sufra el personal operativo a causa o con ocasión de sus labores que puedan implicar riesgo vital.**





## Paso a Paso:

1. El coordinador(a) directo(a) del afectado u otro personal operativo, en caso de ser requerido, deberá solicitar asistencia de ambulancia a los servicios de urgencias públicos (**llamando al 131**) o al fono rescate de la mutual (**1407**) o llamar a **carabineros (al 133)**.

2. Si la persona afectada se encuentra acompañada, se le **deben entregar primeros auxilios**, en caso de así requerirlo, conforme a las instrucciones que entregue el personal de urgencias al momento de establecer el contacto telefónico.

3. La **persona afectada debe estar siempre acompañada** ya sea por el coordinador(a) directo(a) o por algún integrante del equipo operativo.

4. Para **conocer el alcance y detalles de la cobertura del seguro**, revisar desde el punto 3.2 (“¿Dónde y cómo acudir en caso de un accidente?”) del presente documento.



# Muerte personal operativo

**La persona afectada muere en forma inmediata o como consecuencia directa de un accidente.**



## Paso a Paso:

1. El/la testigo del hecho (que sea parte del equipo operativo) debe **informar a su coordinador(a) directo(a)** de la situación.

2. El **Coordinador(a) directo(a) debe** identificar el lugar, y **recopilar antecedentes**, confirmando la situación (evitar una información falsa).

3. Una vez recopilado los antecedentes, debe **llamar a Carabineros**, ambulancia, PDI o a bomberos.

4. Dependiendo de la situación de muerte (accidente, acción de terceros, causas naturales o acciones propias) **seguir instrucciones de la autoridad contactada** para seguir procedimientos normativos.

5. Para **conocer el alcance y detalles de la cobertura del seguro**, revisar desde el punto 2 (“¿Dónde y cómo acudir en caso de un accidente?”) del presente documento.





**03.**



**¿Dónde y cómo acudir  
en caso de un  
accidente?**

# ¿Qué hacer en caso de que persona no esté afiliada a una Mutual?



La persona afectada para recibir atención médica debe dirigirse a la mutualidad a la cual se encuentra afiliada, en caso de no estarlo, deberá acudir preferentemente a recintos de la **Mutual de Seguridad** o a **prestadores Imed**.

Rescate mutual de seguridad: 1407

De no ser posible, se puede atender en un **servicio de libre elección**, con la **posibilidad de reembolsar** los gastos con posterioridad.

# Al momento de la atención médica deberás presentar:

1 La credencial institucional



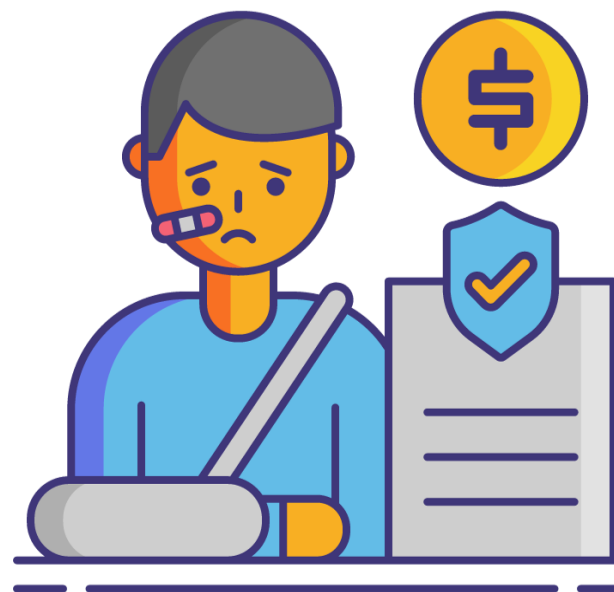
2 La Cédula de Identidad





## Si por la gravedad del accidente o apremio de la situación, no se puede realizar el traslado en vehículo institucional:

La persona afectada podrá **autogestionar su traslado** (Taxi, Uber, otros) o **solicitar la asistencia de una ambulancia, gasto que posteriormente podrá ser reembolsado.**





Es importante que **la ambulancia sea utilizada exclusivamente para accidentes graves** que inmovilicen a la persona afectada y que requiera de una primera atención médica de emergencia durante el traslado al centro de atención de salud.



Para este efecto, se deja establecidos los **fonos de contacto**:

- Fono **AMBULANCIA: 131**
- Fono **RESCATE MUTUAL DE SEGURIDAD: 1407**



**04.**

**Cobertura**



# La Póliza del seguro de accidentes, considera las siguientes coberturas básicas:

- Muerte accidental (700 UF).
- Incapacidad total o permanente (700 UF).
- Gastos médicos (100 UF).
- Hospitalización (50 UF).
- Gastos funerarios (50 UF).
- Desmembramiento (700 UF).
- Gastos de traslado (15 cupos por evento y por vigencia).



# Adicionalmente, considera las siguientes coberturas:

- ❑ **Consulta psicológica/psiquiátrica (1 UF por sesión-15 en total) ante un trauma como resultado de un accidente cubierto.**
- ❑ **Indemnización de gastos de rehabilitación (UF 50), como consecuencia de la ocurrencia de un accidente cubierto bajo las condiciones generales de la póliza.**







**05.**

**Reembolsos**





# Solicitud de reembolsos

## Existen 3 métodos de atención médica:

- ❑ **Convenio con Mutual de Seguridad:** donde el asegurado puede acudir a recibir atención médica en cualquiera de los establecimientos en convenio con Mutual a lo largo del país.
- ❑ **Convenio con IMED:** el asegurado puede acudir a recibir atención médica en cualquiera de los establecimientos en convenio con Imed a lo largo del país vía lector de huella.
- ❑ **Libre Elección:** El asegurado puede acudir a cualquier institución de su conveniencia para recibir atención médica.

# Para solicitar el reembolso por gastos médicos...

...la persona colaboradora deberá enviar un correo electrónico a la casilla: [censo2024@sbins.cl](mailto:censo2024@sbins.cl), adjuntando lo siguiente:

- Formulario de reembolso con la descripción del accidente (Anexo N°2).**
- Boletas de atención y bonos de atención de urgencia y/o consultas.**
- Boletas o recibos de gastos de traslado (si aplica).**
- Recetas médicas y boletas de compra de medicamentos.**
- Para gastos de traslado hacia centro médico y/o domicilio:** factura o boleta de servicio, Dato de urgencia DAU.





- ❑ **En caso de consulta psicológica/psiquiátrica a causa del accidente cubierto:** Boletas de atención y/o bonos de atención de consultas y Recetas médicas y boletas de compra de medicamentos.
- ❑ **En caso de robo o asalto:** Parte policial de la denuncia realizada dentro de las 24 horas siguientes a ocurrido el hecho/ acreditación de especies sustraídas, por cualquier medio (parte policial, fiscalía o declaración jurada notarial).
- ❑ **Hospitalización a causa de accidente cubierto:** Presentar certificado que acredite el período de hospitalización emitido por el establecimiento de salud.
- ❑ **Indemnización de gastos de rehabilitación a causa de accidente cubierto:** Presentar un Informe médico, exámenes, radiografías y ficha clínica.
- ❑ **En caso de gastos funerarios por causa de accidente cubierto:** Factura o boleta del servicio y Certificado de defunción.
- ❑ **En caso de muerte accidental:** Presentar Certificado de Defunción.

Sin perjuicio de lo anterior, la compañía y/o liquidador del seguro podrá solicitar antecedentes adicionales cuando lo estime conveniente. Los montos máximos de cobertura se encuentran detallados en el anexo N°3.

# Condiciones

**La Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos operará en Exceso de Isapre, Fonasa, Seguro Obligatorio o cualquier otro Sistema de Salud Previsional Público o Privado que cuente el colaborador/a.**

En caso de **no contar con sistema previsional de salud** (Fonasa o Isapre), el personal operativo asegurado deberá enviar al correo electrónico: **[censo2024@sbins.cl](mailto:censo2024@sbins.cl)** una **declaración jurada notarial a la compañía aseguradora**. De esta forma, se reembolsará el 100% del gasto médico realizado en cualquier institución de salud, el cual no podrá ser superior al monto asegurado.



# Condiciones

- ❑ Si se cuenta con la **información completa se le asignará un número de siniestro y plazo para la resolución del caso**. Si esta **es favorable**, se le **efectuará el reembolso**.
- ❑ Si, al recibir la atención médica, **no se puede emitir el bono en línea**, la persona afectada deberá acudir a Fonasa o a la Isapre a la que esté afiliada y gestionar el bono de la atención recibida. **Cuando se cuente con ese documento, debe realizar el trámite de solicitud de reembolso**.
- ❑ Los asegurados que realicen gastos médicos por accidentes personales **deben guardar las boletas** o recibidos de éstos, como antecedente para solicitar el reembolso.



# Plazos

El plazo máximo para declarar el siniestro o accidente a la aseguradora es de 180 días corridos, desde ocurrido el hecho.

En tanto que, la aseguradora tiene un plazo de 9 días hábiles, una vez recibida toda la documentación, para realizar el reembolso al asegurado.





**Para más información, descarga el Protocolo de Accidentes personales para el personal operativo en terreno, Proyecto Censo de Población y Vivienda 2024 en la Plataforma de Capacitación.**





**06.**

**Preguntas Frecuentes**



## PREGUNTAS FRECUENTES

**P.- ¿Para quién va dirigido el seguro?**

**R:** En este caso serán los cargos de terreno; Censistas y Coordinador de Grupo, luego Gestores Administrativos y Coordinadores de Local Censal. (En el orden que se indican hasta completar la cantidad contratada por seguro)

**P.- Contratación a contrata, ¿Es obligación que los trabajadores independientes con boletas de honorario coticen por cuenta propia?**

**R :** ¿Quiénes están obligados a cotizar? Aquellos trabajadores que emitan boletas de honorarios por un monto bruto anual igual o mayor a 5 o más Ingresos Mensuales Anuales, excepto quienes estén a 10 años de jubilar (50 años mujeres y 55 años hombres).

\*Link apoyo <https://previsionsocial.gob.cl/ley-honorarios>



## PREGUNTAS FRECUENTES

**P.- ¿Este seguro es el mismo de la cotización que se paga por obligatoriedad contra accidente del trabajo y enfermedades profesionales?**

**R:** Este seguro que contrató CENSO con la aseguradora Southbridge opera de forma complementaria al seguro social obligatorio de la ley 16.744, que cubre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Las prestaciones o coberturas de estos seguros no son iguales, ya que el seguro Southbridge tiene reembolsos de los gastos médicos que el trabajador realice al momento de una atención médica **(Ver punto 4 y 5 de la presentación)**, y el seguro obligatorio de la ley 16.744 entrega prestaciones médicas, económicas y de rehabilitación en caso de accidente del trabajo.



## PREGUNTAS FRECUENTES

**P: Este seguro reemplaza al de mi cotización obligatoria cómo honorario (Mutualidad)**

**R:** No, es solo complementario.

**P: Donde se entrega el formulario de reembolso**

**R:** Este documento lo deben manejar a nivel de local censal en físico o digital el cual debe ser entregado de forma fácil y rápida al censista en caso de requerirlo.



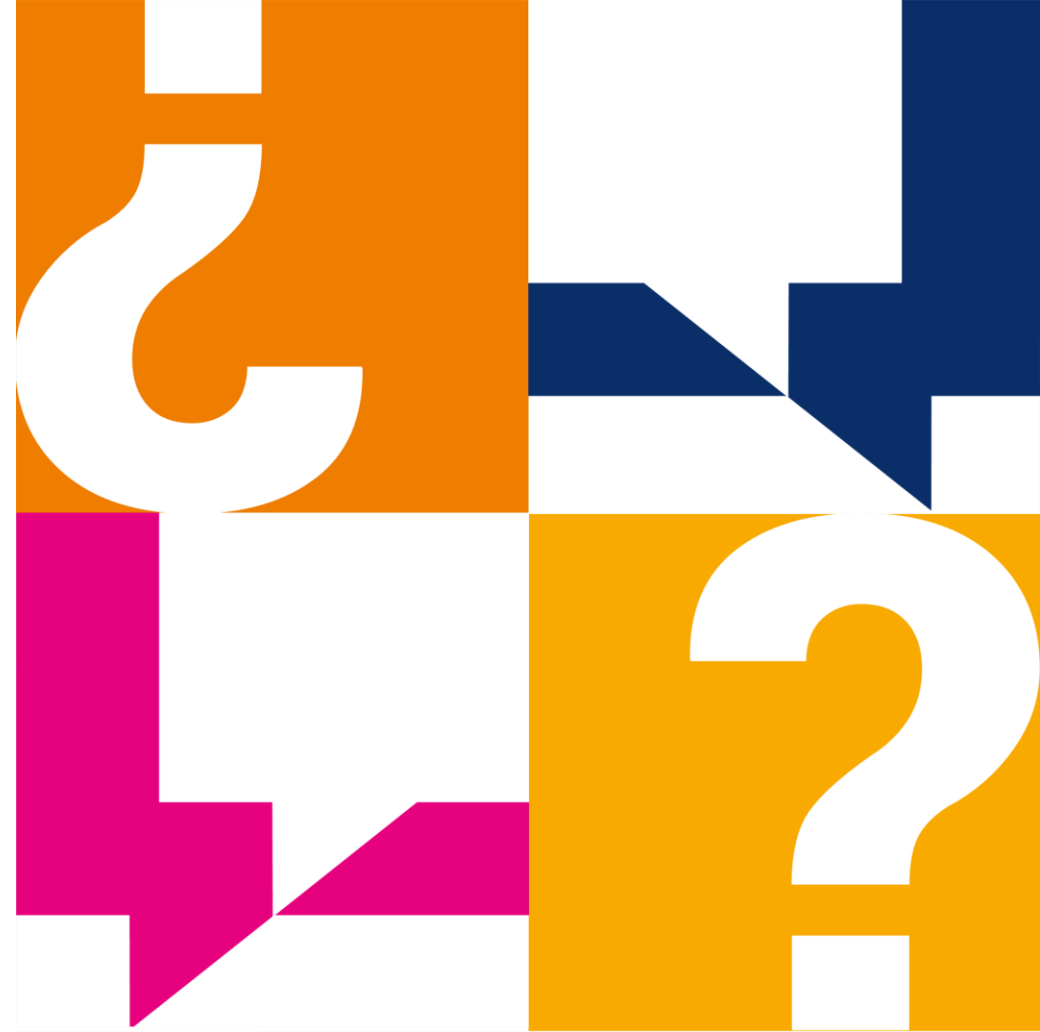
## PREGUNTAS FRECUENTES

**P:** En caso de que el censista necesite trasladarse y a un centro asistencial y el lugar no hay movilización, (Uber, taxi, Cabify etc.) que se hace.

**R:** En los lugares donde no exista traslado de fácil acceso para el personal censista, este debe contar o se le debe asignar un vehículo institucional el cual deberá realizar el traslado para atención primaria o centro asistencial.



# Preguntas y Comentarios





# 07. ANEXOS





**PUEDES ACCEDER A ESTE MÓDULO EN LA  
PLATAFORMA DE CAPACITACIÓN E IDENTIFICAR  
EL CENTRO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE  
A TU ZONA GEOGRÁFICA.**



**ANEXOS**

1. MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN, LUGARES DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL

Identificación de Centro de atención	Dirección centro de atención, oficina o sede	Comuna	Horario de Atención	Teléfono
CAS Arica	Avenida Santa María 2248	Arica	L a J 08:30 a 17.50 hrs. y V de 8.30 a 16.10 Hrs.	56582206700
CAS Iquique	Riquelme 764 1er. Piso	Iquique	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56572408700
CAS Antofagasta	Antonino Toro N° 709	Antofagasta	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56552651300
CAS Tocopilla	21 de mayo N° 1201	Tocopilla	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56552811140
CAS Mejillones	Almirante Goñi N° 099	Mejillones	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56552651256
CAS Calama	Av. Central Sur N° 1813, Villa Ayquina	Calama	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56552658800
CAS Copiapó	Avda. Copayapu N° 877	Copiapó	L-V 8.00 - 20.00 S 9.00 - 14.00	56522207520

1. MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONTSTRUCCIÓN, LUGARES DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL

Identificación de Centro de atención	Dirección centro de atención, oficina o sede	Comuna	Horario de Atención	Teléfono
CAS La Serena	Huanhualí N° 186, Zocalo Megasalud	La Serena	L a V 08:00 a 20:00 hrs. - Sáb.: 09:00 a 14:00 hrs.	56512421600
CAS Coquimbo	Av. Videla N° 348 Local N° 3	Coquimbo	L a V de 09:00 a 18:00 hrs.	985895006
CAS Viña del Mar	Calle Limache N° 1300	Viña del Mar	Lunes a Sáb.: 08:30 a 23:00 hrs.	56322571000
CAS Valparaíso	Avda. Argentina N° 1, Local 5 y 6	Valparaíso	L a V de 09:00 a 18:00 hrs.	56322571032
CAS San Felipe	Portus N° 111 . Of. 106	San Felipe	L a V 09:00 a 18:00 hrs.	56342511586
CAS Quillota	La Concepción 371B	Quillota	L a V: 08:30 a 18:00 hrs.	56332310958
CAS Rancagua	Av. República de Chile N° 390	Rancagua	L a V 08:00 - 20:00; Sáb. 09:00 - 14:00 hrs.	56722331900

**ANEXOS**

1. MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONTSTRUCCIÓN, LUGARES DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL

Identificación de Centro de atención	Dirección centro de atención, oficina o sede	Comuna	Horario de Atención	Teléfono
CAS Peumo	Walker Martinez N° 315	Peumo	L a V 08:30 a 17:30 hrs	56722561430
CAS Rengo	Guangualí N° 39	Rengo	L a V 08:30 a 17:30 hrs	56722514074
CAS Santa Cruz	Diaz Besoain N° 248	Santa Cruz	L a V 08:30 a 17:30 hrs	56722822671
CAS San Fernando	Cardenal Caro N° 634	San Fernando	L a V 08:30 a 17:30 hrs	56722717405
CAS Talca	Calle Dos Poniente N° 1380, Piso 6, Edificio Médico integral	Talca	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56712206100
CAS Curicó	Av. España N° 1191	Curicó	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56752204500
CAS Constitución	Avda. Enrique Mac Iver N° 580	Constitución	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56712204720



**ANEXOS**

1. MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONTSTRUCCIÓN, LUGARES DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL

Identificación de Centro de atención	Dirección centro de atención, oficina o sede	Comuna	Horario de Atención	Teléfono
CAS Cauquenes	Claudina Urrutia N° 701	Cauquenes	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56732512387
CAS Linares	Freire N° 663	Linares	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56732563826
CAS Concepción	Autopista Concepción Talcahuano N° 8720	Hualpén	L a V 08:00 a 20:00 hrs.	56412727300
CAS Coronel	Lautaro N° 401	Coronel	L a V 08:00 a 20:00 Hrs.	56412711472
CAS Los Ángeles	Calle Mendoza N° 350	Los Angeles	L a V 8.30 a 18:00 hrs. - Sáb. 8.30 a 14:00 hrs.	56432407400
CAS Chillán	Av. Argentina N° 742	Chillán	L a V 8.30 a 20:00 hrs. - Sáb. 8.30 a 14:00 hrs.	56422588900
CAS Temuco	Av. Holandesa N° 0615	Temuco	Lunes a Vierens 08:30 a 18:00	56452206044

**ANEXOS**

1. MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONTSTRUCCIÓN, LUGARES DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL

Identificación de Centro de atención	Dirección centro de atención, oficina o sede	Comuna	Horario de Atención	Teléfono
CAS Villarrica	Pedro Montt N° 701	Villarrica	L a V 08:30 a 20: 00 hrs.; S. 09:00 a 14:00 hrs.	56452411262
CAS Valdivia	Avenida Prat N° 1005	Valdivia	L a V 08:30 a 18:30 hrs.	56632268100
CAS Osorno	Guillermo Buhler N° 1756	Osorno	L a V 8:30 a 18:30 hrs.	56642334000
CAS Puerto Montt	Urmeneta N° 895	Puerto Montt	L a V 08:30 a 18:30 hrs.	56652328036
CAS Castro	O`Higgins N° 735	Castro	L a V 08:30 a 19:00 hrs.	56652494600
CAS Ancud	Baquedano N° 267	Ancud	L a V 09:00 a 19:00 hrs.	56652623028
CAS Coyhaique	Eusebio Lillo N° 20	Coyhaique	L a V 09:00 a 18:00 hrs.	56672268600

**ANEXOS**

1. MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONTSTRUCCIÓN, LUGARES DE ATENCIÓN A NIVEL NACIONAL

Identificación de Centro de atención	Dirección centro de atención, oficina o sede	Comuna	Horario de Atención	Teléfono
CAS Punta Arenas	Av. España N° 01890	Punta Arenas	L a V 08:00 a 18:00 Hrs.	56612207823
CAS Providencia	Av. Pedro de Valdivia N° 438	Providencia	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56228765722
CAS Las Tranqueras	Av. Las Tranqueras N°1327, esq. Las Hualtata	Vitacura	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56225788300
CAS La Florida	Av. Vicuña Mackenna Oriente N° 6381	La Florida	L a V 8:30 a 21:00 hrs. - Sáb. 09:00 a 14:00 hrs.	56223555800
CAS San Bernardo	Freire N° 339	San Bernardo	L a V 8:30 a 20:00 hrs.	56228765900
CAS Lo Espejo	Av. Lo Sierra N° 03200	Lo Espejo	L a V 08:30 a 18:00 hrs.	56223278200

2. FORMULARIO DE REEMBOLSO

		<h2>Accidentes Personales</h2>		<b>Reembolso de Gastos Médicos</b>	
<p>Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios a los entregados por el Sistema Previsional (FONASA) o por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales antes descritos, deberá incluir el nombre de la institución como no beneficiados o sin cobertura.</p>					
<p><b>Datos para la indemnización</b></p>					
Nombre de asegurado:		RUT del asegurado:			
Nombre de beneficiario:		RUT del beneficiario:		[nombre y RUT sólo si es distinto del afectado]	
Banco:		Tipo de cuenta:		No. de cuenta:	
<p><b>Descripción del accidente</b></p>					
Fecha:		Lugar:			
Hora:					
Breve descripción:					
Breve descripción de lesiones y diagnóstico:					
Fue hospitalizado: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Nombre del hospital:			
Fue intervenido quirúrgicamente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Indique tipo de intervención:			
Fecha de ingreso:		Hora de ingreso:		Fecha de salida:	
<p><b>Traslado hospitalario</b></p>					
Requirió traslado hospitalario: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Tipo de Traslado:					
<p>Certifico que todos los requisitos y declaraciones anteriores son verídicos y autentos e custodiaré médicos, clínica y hospital para suministrar las informaciones relacionadas con la enfermedad o accidente de que trata esta reclamación a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. De acuerdo a la Ley N° 21.626, por este acto faculto expresamente a Southbridge Compañía de Seguros Generales S.A., para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declino haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía aseguradora para todo lo que tenga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.</p>					
Fecha:		Día _____ Mes _____ Año _____		Firma asegurado: _____	

**¿Alguna pregunta  
o comentario?**





# ¡Muchas gracias!





**CENSO**  
2024

[www.censo.cl](http://www.censo.cl)