

| DECLARACION DEL ASEGURADO | | |
|---|--|-------------------|
| Nº POLIZA | NOMBRE CONTRATANTE | RUT CONTRATANTE |
| ISAPRE | NOMBRE ASEGURADO | RUT ASEGURADO |
| TIPO DE SINIESTRO Cobertura de Salud <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez por enfermedad <input type="checkbox"/> Muerte Natural <input type="checkbox"/> Gastos Médicos por Accidente <input type="checkbox"/> Invalidez por accidente <input type="checkbox"/> | | |
| ANTECEDENTES DEL SINIESTRO | | |
| DIAGNOSTICO | SINTOMAS QUE ORIGINARON LA VISITA AL MEDICO | |
| FECHA PRIMEROS SINTOMAS DE SU ENFERMEDAD | FECHA DE PRIMERA CONSULTA MEDICA ACTUAL ENFERMEDAD | |
| SEÑALE LOS MEDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS | | |
| NOMBRE MEDICO | ESPECIALIDAD | FECHA DE ATENCION |
| NOMBRE MEDICO | ESPECIALIDAD | FECHA DE ATENCION |
| SEÑALE LAS CLINICAS Y HOSPITALES QUE ATENDIERON AL ASEGURADO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS | | |
| EN CASO DE ACCIDENTE Indicar circunstancias en que ocurrió el siniestro | | |
| FECHA ACCIDENTE | LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE | PARTE POLICIAL |

Declaro que los antecedentes entregados se ajustan a la verdad, además por medio de la presente autorizo a cualquier Hospital, Clínica, Médico, Isapre, Fonasa, Compañía de Seguros o Empleador a que suministre a Penta Vida Seguros de Vida parte de o toda la información relacionada con alguna enfermedad o accidente, historia médica, consulta, examen, tratamiento y/o copia de todos los registros hospitalarios o médicos para analizar este reclamo.

FORMA DE PAGO DE SINIESTRO

| RETIRO DE CHEQUE EN SUCURSAL | | |
|---|--------------|---------------------------|
| SUCURSAL <input type="checkbox"/> SANTIAGO <input type="checkbox"/> VIÑA DEL MAR <input type="checkbox"/> CONCEPCION | | |
| DEPOSITO EN CUENTA CORRIENTE | | |
| TIPO DE CUENTA <input type="checkbox"/> C. CORRIENTE <input type="checkbox"/> C. VISTA | Nº DE CUENTA | BANCO |
| Autorizo, mediante la presente declaración, a Penta Vida Compañía de Seguros de Vida, a efectuar depósitos a mi cuenta bancaria antes detallada, por los reembolsos que puedan efectuarse relacionados con el siniestro presentado. | | |
| NOMBRE RECLAMANTE | R.U.T | RELACIÓN CON EL ASEGURADO |
| DIRECCIÓN | | FONO |

FIRMA CONTRATANTE

FIRMA RECLAMANTE

Nota1: La presente declaración es válida sólo para siniestros de coberturas de Salud y Gastos Médicos por Accidente en caso de Muerte Natural, Muerte Accidental y/o Invalidez el pago se realizará directamente a través de caja (cheque).

Nota2: Datos y Firma de Reclamante sólo para siniestros relacionados con las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental e Invalidez (accidental o enfermedad).