

Declaración de Siniestro Asegurado Responsable de Núcleo Familiar Cubierto Seguro de Daño Patrimonial por Gastos Médicos

¿Desea recibir las comunicaciones del avance de su siniestro por Email?
Correo electrónico de responsable de núcleo familiar cubierto

IDENTIFICACIÓN ASEGURADO RESPONSABLE DE NUCLEO FAMILIAR CUBIERTO

N° POLIZA	NOMBRE ASEGURADO	RUT ASEGURADO
-----------	------------------	---------------

¿Desea recibir las comunicaciones del avance de su siniestro por Email?

SI

NO

Correo electrónico de responsable de núcleo familiar cubierto

¿El sistema y plan de salud de la persona que genera los gastos médicos sigue siendo el mismo que al momento de contratar el seguro?

FORMA DE PAGO DE SINIESTRO

Nota: El pago será realizado al Asegurado responsable del grupo familiar cubierto, por lo que, el RUT y cuenta bancaria deben ser de esa persona

RETIRO DE CHEQUE EN SUCURSAL

Santiago

DEPÓSITO EN CUENTA CORRIENTE

TIPO DE CUENTA C. CORRIENTE C. VISTA	N°DE CUENTA	BANCO
--	-------------	-------

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE GENERA EL SINIESTRO

NOMBRE PERSONA QUE GENERA EL SINIESTRO	RUT PERSONA QUE GENERA EL SINIESTRO
--	-------------------------------------

Correo electrónico de persona que genera los gastos médicos reclamados

SISTEMA DE SALUD DE PERSONA QUE GENERA GASTOS MÉDICOS

ISAPRE NOMBRE INSTITUCIÓN

PLAN DE SALUD:

FONASA LETRA:

NINGUNO

¿Desde cuándo no cuenta con sistema de salud? / /

OTROS SEGUROS QUE PUDIERAN CUBRIR LOS GASTOS MÉDICOS RECLAMADOS:

CATASTRÓFICO

COMPLEMENTARIO

ASISTENCIA EN VIAJES

OTRO CUAL:

Nombre Compañía:

Nombre Compañía:

Nombre Compañía:

Nombre Compañía:

TIPO DE GASTO GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO O ACCIDENTE
--	---

DETALLE DE LA ENFERMEDAD

SÍNTOMAS QUE ORIGINARON LA VISITA AL MÉDICO

FECHA PRIMEROS SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD	FECHA DE PRIMERA CONSULTA MÉDICA POR ENFERMEDAD
--	---

SEÑALE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON A LA PERSONA QUE ORIGINÓ LOS GASTOS MÉDICOS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS

NOMBRE MÉDICO	ESPECIALIDAD	CLÍNICA U HOSPITAL
NOMBRE MÉDICO	ESPECIALIDAD	CLÍNICA U HOSPITAL

DETALLE DEL ACCIDENTE

DESCRIBIR CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

FECHA ACCIDENTE	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
-----------------	----------------------------------

FIRMA RESPONSABLE DE
NUCLEO FAMILIAR CUBIERTO

FIRMA PERSONA QUE
GENERA LOS GASTOS MÉDICOS