

Declaración de Siniestro

		USO PENTA VIDA	
		FECHA DE RECEPCIÓN	
		Nº CASO	
DECLARACIÓN DEL ASEGURADO			
Nº PÓLIZA	NOMBRE CONTRATANTE		RUT CONTRATANTE
NOMBRE ASEGURADO			RUT ASEGURADO
¿Desea recibir las comunicaciones del avance de su siniestro por Email?			
SI		NO	
Correo Electrónico de contacto Contratante:			
Correo Electrónico de contacto Asegurado Afectado:			
¿Usted sabe quienes son los beneficiarios del seguro?			
SI		NO	
SISTEMA DE SALUD			
☐ ISAPRE		☐ FONASA	
Detalle:		☐ NINGUNO	
TIPO DE SINIESTRO			
Cobertura de Salud		Muerte Accidental	
☐		☐	
Muerte Natural		Invalidez por enfermedad	
☐		☐	
Gastos Médicos por Accidente		Invalidez por accidente	
☐		☐	
ANTECEDENTES DEL SINIESTRO			
DIAGNÓSTICO		SÍNTOMAS QUE ORIGINARON LA VISITA AL MÉDICO	
FECHA PRIMEROS SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD		FECHA DE PRIMERA CONSULTA MÉDICA ACTUAL ENFERMEDAD	
SEÑALE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS			
NOMBRE MÉDICO		ESPECIALIDAD	FECHA DE ATENCIÓN
NOMBRE MÉDICO		ESPECIALIDAD	FECHA DE ATENCIÓN
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 OCURRIÓ 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 Empleadora 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			
SANTIAGO		☐	
DEPÓSITO EN CUENTA CORRIENTE			
TIPO DE CUENTA		Nº DE CUENTA	BANCO
☐ C. CORRIENTE			
☐ C. VISTA			
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), a los respectivos beneficiarios, para lo cual debe completar un anexo a esta declaración

Nota2: En los casos que se reembolsen gastos de salud, la bonificación se realizará de acuerdo al condicionado de su cobertura, es decir, al contratante de la póliza.

Nota3: Datos y Firma de Reclamante sólo para siniestros relacionados con las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental e Invalidez (accidental o enfermedad).

Nota4: Le informamos que Penta Vida de Cía. De Seguros de Vida S.A. será su liquidador de siniestros, si usted no está de acuerdo con esta opción, tiene 5 días hábiles para oponerse a la liquidación directa de la Compañía a partir de la firma de la notificación.