

Solicitud de Reembolso
Seguro de Daños Patrimoniales por Gastos Médicos
Declaración de Asegurado Responsable de Núcleo Familiar Cubierto

Nº PÓLIZA		NOMBRE ASEGURADO		RUT ASEGURADO	
NOMBRE PERSONA QUE GENERA GASTOS MÉDICOS				RUT PERSONA QUE GENERA GASTOS MÉDICOS	
SISTEMA DE SALUD					
¿El sistema y plan de salud de la persona que genera los gastos médicos sigue siendo el mismo que al momento de declarar el siniestro?					
☐ SI☐ NO					
En caso de ser distinto favor especificar lo siguiente:					
ISAPRE ☐ Nombre Institución _____ PLAN DE SALUD: _____					
FONASA ☐ Letra _____					
NINGUNO ☐ ¿Desde cuándo no cuenta con sistema de salud? _____					
TIPO DE GASTO		DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO O ACCIDENTE			
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD ☐					
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE ☐					
USO DE GES / AUGE					
¿USÓ EL PROGRAMA AUGE/GES?		¿LA(S) PRESTACIÓN(ES) YA FUE(RON) BONIFICADA(S) A TRAVÉS DEL PROGRAMA AUGE/GES?			
SI ☐ NO ☐		SI, TODAS ☐ NO, NINGUNA ☐ SI, ALGUNAS ☐			
DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS					
Nº DOCUMENTOS		CANTIDAD DE BONOS: _____			
		CANTIDAD DE BOLETAS: _____			
Por medio de la presente confirmo la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas y que son elementos indispensables para evaluar mi siniestro y los gastos médicos presentados. Declaro que nada he ocultado, omitido o alterado y haber informado en este documento la existencia de otros seguros que pudieren cubrir en su totalidad o en parte mi siniestro. Asimismo, tomo conocimiento que el Número 10° del Artículo N° 470 del Código Penal, sanciona al que maliciosamente obtuvieren para sí, para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas.					
Firma de Asegurado Responsable de núcleo familiar cubierto		Fecha			
DECLARACIÓN MÉDICA					
Estimado Doctor, para permitir a vuestro paciente aprovechar los beneficios de su seguro, solicitamos completar integralmente los siguientes antecedentes:					
IDENTIFICACIÓN MÉDICO TRATANTE					
NOMBRE MÉDICO TRATANTE				RUT MÉDICO TRATANTE	
ESPECIALIDAD		TELÉFONO		FECHA	FIRMA MÉDICO
IDENTIFICACIÓN MÉDICO TRATANTE					
NOMBRE DEL PACIENTE			EDAD	FECHA PRIMERA CONSULTA	
DIAGNÓSTICO ACTUAL				FECHA DE DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO INDICADO					
EXÁMENES REALIZADOS					
PATOLOGÍA REQUIERE DE HOSPITALIZACIÓN					
☐ SI☐ NO					

FECHA DE DECLARACIÓN MÉDICA		FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO	
USO SERVICIO AL CLIENTE PENTA VIDA		USO DEPARTAMENTO DE ANALISIS DE SINIESTROS	
FECHA DE RECEPCIÓN	NÚMERO DE DECLARACIÓN	TIMBRE DE RECEPCIÓN	