

Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente para Seguros de Vida

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE				
Nº PÓLIZA	NOMBRE CONTRATANTE		RUT CONTRATANTE	
NOMBRE ASEGURADO			NOMBRE ASEGURADO	
SISTEMA DE SALUD ISAPRE ☐ FONASA ☐ NINGUNO ☐				
TIPO DE GASTO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE ☐			DIAGNÓSTICO INICIAL	
DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS				
Nº DOCUMENTOS	TOTAL GASTOS	BONIFICACIÓN ISAPRE	DIF. RECLAMADA	FECHA DE RECLAMO
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.				FIRMA ASEGURADO

DECLARACIÓN MÉDICA			
ESTIMADO DOCTOR, para permitir a nuestro paciente aprovechar los beneficios de su Seguro, solicitamos completar los siguientes antecedentes:			
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	FECHA PRIMERA CONSULTA
DIAGNÓSTICO ACTUAL			FECHA DE DIAGNÓSTICO
TRATAMIENTO INDICADO			
EXÁMENES REALIZADOS			PATOLOGÍA REQUIERE DE HOSPITALIZACIÓN ☐ SI ☐ NO
NOMBRE MÉDICO TRATANTE			RUT MÉDICO TRATANTE
ESPECIALIDAD	TELÉFONO	FECHA	FIRMA MÉDICO
USO EJECUTIVO ATENCIÓN			USO SINIESTROS
SUCURSAL PENTA VIDA	Nº DOCUMENTOS CONFIRMADOS		FECHA RECEPCIÓN ÁREA SINIESTROS