

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS VETERINARIOS POR ACCIDENTE

Esta comunicación constituye suficiente notificación del siniestro a la Compañía Aseguradora, MetLife Chile Seguros Generales S.A., pero no libera de la obligación de presentar el formulario firmado en original con los documentos respectivos que se indican al final de esta declaración.

En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario. Completar en los espacios señalados con letra lo más legible posible.

### IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

RUT - Apellido Paterno

Apellido Materno  Nombres

Dirección (Calle, N°, Depto.)

Comuna  Ciudad  Fono

E-Mail\*

### IDENTIFICACIÓN DE LA MASCOTA ASEGURADA

Nombre

Tipo de mascota: Perro  Gato  Raza

Sexo: Macho  Hembra  Edad

### MONTO GASTOS RECLAMADOS

Gasto Total  Reembolsos Isapre Mascota  Gastos Reclamados \$

Nro. de documentos presentados (Incluya las dos hojas de esta declaración).

### DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE DE LA MASCOTA ASEGURADA

Fecha del accidente       Hora del accidente   AM  PM

Día Mes Año

Lugar Accidente

Razón por la cual la mascota asegurada se encontraba en el lugar del accidente.

### SEGUROS EN OTRAS COMPAÑÍAS

\*En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario.

	Cobertura contratada	Monto Asegurado	Compañía Aseguradora
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento.

Indicar centros de asistencia de las prestaciones

Firma del Asegurado

Fecha de la Declaración

Día Mes Año

Timbre y Fecha de recepción MetLife

Día Mes Año

Página 1 de 2. Ambas páginas deben contener la firma y fecha de declaración del reclamante.

## DECLARACIÓN MÉDICA VETERINARIA

Nombre del veterinario

Nombre de la mascota asegurada

Accidente

Fecha del accidente

¿La mascota ha presentado alguna vez condición igual o similar a ésta?  No  Si

Tratamientos efectuados

RUT veterinario

RCM  Fono

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del veterinario

Declaro bajo juramento que la información, documentos y antecedentes proporcionados corresponden a la realidad y son auténticos.

Rut del Asegurado

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Declaración

Día Mes Año

Timbre y Fecha recepción Compañía

Día Mes Año

- Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la evaluación del caso, sin perjuicios de las gestiones y antecedentes que las circunstancias posteriormente exijan.
  - El presente formulario deberá ser impreso, llenado, firmado ambas hojas y entregado físicamente en las oficinas de la Compañía ubicada en Agustinas 640, Santiago o en cualquiera de nuestras sucursales a lo largo del país.
- Cabe señalar que esta comunicación no libera de obligación de presentar el formulario firmado en original con los documentos y antecedentes solicitados abajo para dar curso al proceso de evaluación.

## ANTECEDENTES BÁSICOS QUE DEBE ADJUNTAR CON LA PRESENTACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN EN LA COMPAÑÍA

- 1- Esta declaración de siniestro (hojas 1 y 2 debidamente firmadas y fechadas).
- 2- Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del asegurado.
- 3- Comprobantes de gastos originales, ya sean reembolsos, boletas o facturas.
- 4- En caso de compra de medicamentos, debe adjuntar boleta original con su detalle y receta médica.
- 5- Copia exámenes medicos realizados a su mascota por el profesional competente.

Página 2 de 2. Ambas páginas deben contener la firma y fecha de declaración del reclamante.