

SOLICITUD DE REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Esta comunicación constituye suficiente notificación del siniestro a la Compañía Aseguradora, MetLife Chile Seguros de Vida 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 DEL CONTRATANTE (si es distinto al asegurado)

RUT - Apellido Paterno

Apellido Materno Nombres

Dirección (Calle, N°, Depto.)

Comuna Ciudad Fono

E-Mail*

* Todas las notificaciones o comunicaciones, sean al asegurado o a los beneficiarios, se efectuarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario. En caso de oposición u otra circunstancia, las notificaciones se efectuarán mediante el envío de carta certificada al domicilio informado.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

RUT - Apellido Paterno

Apellido Materno Nombres

Vínculo con el Asegurado Fecha de Nacimiento

N° de la(s) póliza(s) reclamada(s) 1 2 3 4

MONTO GASTOS RECLAMADOS

Gastos \$ Reembolsos Isapre o Fonasa \$ Gastos Reclamados \$

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

INFORMACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO

Actividad Profesión

Último día que trabajó Nombre de Isapre o Fonasa

Día Mes Año

DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE EN FORMA DETALLADA

Fecha del accidente Hora del accidente AM PM

Día Mes Año

Lugar Accidente

Razón por la cual el Asegurado 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 UF	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 y por este medio autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A..

Indicar centros de asistencia de las prestaciones

Firma del Reclamante

Fecha de la Declaración

Día Mes Año

Timbre y Fecha de recepción MetLife

Día Mes Año

