

DENUNCIO DE SINIESTROS
Solicitud de Reembolso Gastos
Médicos por Accidente



Número de Denuncio:

Fecha recepción compañía:

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO/PACIENTE

Rut:	Nombre Asegurado:		
Email reclamante:			
Dirección (Calle,N°, dpto.):			
Comuna:	Ciudad:	Celular:	Teléfono fijo:
Actividad del Asegurado:		Institución Educacional o Empresa:	
Declaro conocer y autorizar que todas las comunicaciones, solicitudes o notificaciones que deba realizar la Compañía de Seguros será efectuada a la dirección email anteriormente señalada. En caso de oposición u otra circunstancia las notificaciones se efectuarán mediante el envío de carta certificada al domicilio informado.			

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

Rut: 96.770.100-9	Nombre: Clínica Alemana de Santiago S.A.	N° de Póliza: 1
-------------------	--	-----------------

MONTO DE GASTOS RECLAMADOS

Rut de quien incurre en gasto:	Nombre de quien incurre en gasto:		
Gastos: \$	Reembolsos Sistema Salud: \$	Gastos Reclamados: \$	
Número de documentos adjuntos que respaldan los gastos reclamados:			

FORMA DE PAGO REEMBOLSO DE SALUD

Vale Vista <input type="checkbox"/>	Depósito <input type="checkbox"/>	Tipo cta: Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Vista <input type="checkbox"/>	Banco:	Cta. Cte:
-------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------------	--------	-----------

DESCRIPCIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (FAVOR LO MÁS DETALLADO POSIBLE)

--

Diagnóstico médico:			
Fecha del accidente: / /	Hora del accidente: am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>		País accidente:
Ciudad accidente:	Establecimiento hospitalario atención:		

Número de Denuncio:

ANTECEDENTES QUE SE ADJUNTAN Y QUE RESPALDAN ESTE DENUNCIO (Marque con x)

- Comprobantes de gastos en Establecimiento Hospitalario
- Comprobante de reembolso o no reembolso de Sistema de Salud en original
- Parte policial y resultado de Alcoholemia en caso de ser un accidente de tránsito.
- Si es accidente del trabajo adjuntar informe de la Mutual de Seguridad de Accidentes del Trabajo
- Certificado de lesiones y tratamiento en original
- Otros:

A través del presente denuncia certifico que la información entregada es correcta, verdadera y a mi mejor conocimiento. Por este medio autoriza a la Compañía de Seguros solicite a todos los médicos, hospitales, sistema de salud y a cualquier otra institución toda la información que estime necesaria para la evaluación de este siniestro.

Este siniestro será liquidado en forma directa por Alemana Seguros S.A. No obstante el asegurado puede solicitar por escrito a la Compañía que la liquidación sea realizada por un liquidador oficial de seguros, para lo cual dispone de un plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha.

Nombre Reclamante: _____

Parentesco con el Asegurado: _____

Fecha Declaración

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Firma Reclamante