



## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACION DEL CONTRATANTE				
Nº POLIZA	NOMBRE CONTRATANTE		RUT CONTRATANTE	
NOMBRE ASEGURADO			RUT ASEGURADO	
SISTEMA DE SALUD				
ISAPRE <input type="checkbox"/>		FONASA <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
TIPO DE GASTO			DIAGNOSTICO INICIAL	
COBERTURA DE SALUD <input type="checkbox"/>				
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>				
DETALLE DE GASTOS PRESENTADOS				
Nº DOCUMENTOS	TOTAL GASTOS	BONIFICACION 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE MÉDICO TRATANTE			RUT MÉDICO TRATANTE
ESPECIALIDAD	TELÉFONO	FECHA	FIRMA MÉDICO
<b>USO EJECUTIVO ATENCIÓN</b>		<b>USO SINIESTROS</b>	
SUCURSAL PENTA VIDA	Nº DOCUMENTOS CONFIRMADOS		FECHA RECEPCIÓN ÁREA SINIESTROS