



**1. Declaración Médica**

Para permitir a nuestro paciente hacer uso de los beneficios del seguro de salud, solicitamos nos aporte los siguientes antecedentes

Nombre del paciente		Edad	
Naturaleza Enfermedad/Lesión		Fecha Diagnóstico	
Diagnóstico y anamnesis			

**Usar en caso de embarazo**

N° de semanas	F.U.R

**Continuidad de Tratamiento**

Si / No	Diagnóstico

**En caso de Hospitalización**

Fecha ingreso	Intervención	Hospital y/o Clinica donde fue atendido

**En caso de Prestación Dental**

Prestación	N° Pieza	Fecha Atención	Valor Unitario	Total	Contraloría (U.C.O.)
Total Presupuesto					

**En caso de ortodoncia:**

Tipo Aparato	Fecha Instalación	Fecha 1° Control	Costo Aparato	Costo Control Mensual

Rut del profesional	Nombre del profesional	Especialidad

NO FOTOCOPIAR

**2. Declaración del asegurado**

Firma Médico / Odontólogo

N° de Póliza	Empresa Contratante
Rut Titular	Nombre Titular
Rut Paciente	Nombre Paciente
Fono Contacto	e-Mail de Contacto
Sistema Previsión Salud	FONASA: ISAPRE: OTRA :
N° Documentos Presentados	Monto Reclamado:

En caso que los gastos médicos sean consecuencia de un accidente, rogamos adjuntar formulario de "declaración de Accidente".

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto irrevocablemente a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., para que requiera o solicite toda la información sobre mis antecedentes patológicos o los de mi(s) dependiente(s), como también a los médicos y/o instituciones para que suministren a la compañía la información completa o copias de sus archivos, a objeto de analizar esta reclamación.

Además de los documentos acompañados a esta denuncia de siniestro, el Liquidador o la Compañía podrán solicitar otros documentos adicionales cuando las circunstancias del siniestro lo permitan o sea necesario aclarar o complementar la información proporcionada con esta denuncia.

Este siniestro será liquidado en forma directa por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., RUT: 99.185.000-7, domiciliada en Av. Pedro de Valdivia N° 195, de la comuna de Providencia, Santiago. Sin embargo, al asegurado o beneficiario le asiste el derecho a 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.

Con la firma de esta declaración usted acepta la declaración directa. La falta de firma posterga el inicio de la liquidación de este siniestro, tramitándose esta denuncia conforme al D.S. 1055.

Firma del Denunciante  
Asegurado / Beneficiario



Rut Paciente	Nombre Paciente
N° Documentos Presentados	Monto Reclamado:

Fecha de Envío a la Compañía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sr. Asegurado, Sugerimos conserve este comprobante para posterior seguimiento de su siniestro.

