MetLife

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Esta comunicación constituye suficiente notificación del siniestro a 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 — Nº Poliza

Apellido Materno — Nombres

Dirección (Calle, Nº, Depto.)

Comuna — Ciudad — Fono

E-Mail* — Celular

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (SI ES DISTINTO AL ASEGURADO)

RUT — Apellido Paterno

Apellido Materno — Nombres

Dirección (Calle, Nº, Depto.)

Comuna — Ciudad — Fono

E-Mail* — Celular

* Todas las notificaciones o comunicaciones, se efectuarán a la dirección de correo electronico 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.

V 0120120

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

RUT — Apellido Paterno

Apellido Materno — Nombres

Vínculo con el Asegurado — Fecha de Nacimiento

MONTO GASTOS RECLAMADOS

Nro. de documentos presentados (Incluya las dos hojas de esta declaración). — Gastos Reclamados $

EN CASO DE GASTOS POR ACCIDENTE, DESCRIBE EL HECHO

Fecha del accidente (Día Mes Año) — Hora del accidente — AM — PM

Lugar Accidente

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

RUT — Apellido Paterno

Apellido Materno — Nombres

Dirección

Ciudad — Comuna — Celular

E-mail — Fono

Fecha de la Declaración (Día Mes Año)

Timbre y Fecha de recepción MetLife (Día Mes Año)

Firma del Reclamante

*Aquellos siniestros pagados o rechazados, no constituyen precendete para el pago de futuros siniestros, por lo que cada siniestro será evaluado en forma independiente.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. • Agustinas 640, piso 1, Santiago • 600 390 3000 • www.metlife.cl

MetLife

DECLARACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA (sólo en caso de 1º presentación de solicitud de reembolso por este evento)

Nombre médico tratante

Nombre del paciente

Diagnóstico

Fecha de Diagnóstico (Día / Mes / Año)

RUT Médico

¿Cuándo se manifestaron los primeros síntomas?

RCM

Tratamientos efectuados

Fono

En caso de Embarazo fecha último FUR (Día / Mes / Año)

En caso de Diagnóstico por Obesidad Peso Talla

Firma y timbre del médico tratante

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

V 0120120

Autorización: Por medio del presente, autorizo a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a que suministre a Metlife Chile Seguros de Vida S.A. parte o toda la información relacionada con alguna enfermedad o accidente, Historia médica, consultas, exámen o tratamiento y/o copias de todos los registros hospitalarios médicos del asegurado.

Rut del Asegurado

Firma del Reclamante

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
- ☐ 2- Comprobantes de gastos originales, ya sean reembolsos, bonos, boletas o facturas
- ☐ 3- En caso de compra de medicamentos, debe adjuntar boleta original con su detalle y receta médica.
- ☐ 4- Informe médico tratante.
- ☐ 5- En caso de accidente copia del parte policial.

*Aquellos siniestros pagados o rechazados, no constituyen precendete para el pago de futuros siniestros, por lo que cada siniestro será evaluado en forma independiente.

ADEMÁS, TIENES QUE PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

- ☐ 1- Registros de presentaciones de los últimos 5 años (los puedes bajar desde tu página web de FONASA o ISAPRE).
- ☐ 2- Informes de exámenes que respalden el diagnóstico, como la Ficha Clínica o Epicrisis.
- ☐ 3- Informe médico tratante (http://w3.metlife.cl/te-ayudamos/formularios/).

EN CASO DE HOSPITALIZACIONES, RECUERDA INCLUIR ADEMÁS

- ☐ 1- Pre facturas.
- ☐ 2- Protocolo operatorio.
- ☐ 3- Ficha clínica.

EN CASO DE ACCIDENTE, DEBES SUMAR LOS SIGUIENTES

- ☐ 1- Parte policial con narracion de los hechos.
- ☐ 2-Informe de alcoholemia y toxicológico.
- ☐ 3- Hoja atención urgencia en centro asistencial.
- ☐ 4- Informes y resultado de exámenes que respalden el diagnóstico.