



SOLICITUD DE REEMBOLSO Y DECLARACIÓN DE SINIESTROS

Declaro que los gastos por los cuales mediante esta solicitud estoy reclamando, han sido efectivamente incurridos por mi y/o grupo familiar y que corresponden a gastos de salud que se encuentran cubiertos por el seguro de salud vigente entre la Armada de Chile y la compañía Chubb Seguros Chile S.A. Declaro la veracidad de los que estoy presentando, que nada he ocultado u omitido, asimismo, declaro que poseo los respaldos correspondientes. Sin perjuicio de lo anterior, esta solicitud debe adjuntar escaneados a la Compañía Aseguradora los documentos médicos que la respaldan. Autorizo a la compañía de seguros, que todo gasto que no proceda de acuerdo a la cobertura contratada o que erróneamente ha sido cobrado por mí, y que la compañía de seguros me hubiere pagado, será descontado del pago de futuros siniestros.

La dirección de correo para remitir escaneados a la Compañía todos los antecedentes que acrediten los gastos médicos efectuados, tales como boletas y facturas junto a este formulario completado en "todas" sus secciones, es: siniestros.chile@chubb.com

COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA PERSONA QUE GENERA EL GASTO. DATOS DEL TITULAR ASEGURADO.

NOMBRE COMPLETO: RUT:

PAÍS Y CIUDAD DE ORIGEN DE ESTOS GASTOS:

NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO:

PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL TITULAR:

CAUSA QUE GENERO EL GASTO (SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

N° DEL DOCUMENTO	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN	MONEDA (1)	MONTO GASTO	MONTO RECLAMADO A CIA.

(1): Indicar claramente la moneda de los valores que aquí se presentan. Su indicación no debe inducir a error alguno de la Compañía Aseguradora.

- SI UD OPTA POR DEPÓSITO EN UNA CUENTA CORRIENTE EN CHILE, SÓLO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN CUANDO ENVÍE SU PRIMER GASTO. NO OLVIDAR HACERLO NUEVAMENTE, SI CAMBIA SU CUENTA CORRIENTE.
- Usted debe indicarnos la modalidad que requiere para el pago de sus reembolsos, la modalidad que usted nos informe en esta oportunidad quedará registrada en la base de datos en Chubb Seguros Chile S.A. para que a futuro todos sus reembolsos se rijan por esta instrucción.

• Marcar con una "X"

1) Abono a Cuenta Corriente abierta en Chile

Titular cuenta	<input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>
N° Cuenta	<input type="text"/>
Tipo Cuenta	<input type="text"/>
Dirección Postal del Asegurado	<input type="text"/>

2) Cheque en moneda del país de residencia(*)

(*) Para esta opción se emitirá cheque al asegurado y se enviará junto a la liquidación de reembolso a la oficina de nuestros representantes en la ciudad de residencia. En caso de no contar con un representante, se enviará a la dirección de correo postal informado por el asegurado.

FECHA SOLICITUD _____ FIRMA TITULAR SOLICITANTE _____