www.clubasistencia.cl

SOLICITUD DE REEMBOLSO Y DECLARACION DE SINIESTROS

Declaro que los gastos por los cuales mediante esta solicitud estoy reclamando, han sido efectivamente incurridos por mi y / o mi 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 de Seguros Chubb de Chile Compañía de Seguros Generales S.A. Declaro la veracidad de lo que estoy presentando, que nada he ocultado u omitido, asimismo, declaro que poseo los respaldos correspondientes y que estos serán remitidos en original a la compañía de seguro, mediante correo o valija que La Armada ha establecido con la Compañía de Seguros para estos efectos, en un plazo no superior a 90 días de recibida la documentación. Sin perjuicio de lo anterior, esta solicitud debe adjuntar escaneados o ser remitidos vía fax a la Compañía Aseguradora los documentos que 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 mi, 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: asistenciamedica@clubasistencia.cl

COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA PERSONA QUE GENERA EL GASTO.

DATOS DEL TITULAR ASEGURADO:

NOMBRE COMPLETO: _____ RUT: _____

PAIS Y CIUDAD DE ORIGEN DE ESTOS GASTOS _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA NACIMIENTO _____

PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL TITULAR: _____

CAUSA QUE GENERO EL GASTO (SINTOMAS, DIAGNOSTICO) _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: _____

Nº DEL DOCUMENTO	NOMBRE DE LA PRESTACION	FECHA PRESTACION	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 DEPOSITO EN UNA CUENTA CORRIENTE EN CHILE, SOLO DEBE LLENAR ESTA SECCIONCUANDO ENVIE 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 Compañía de Seguros Generales 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 _____
Banco _____
Nº Cuenta _____
Tipo Cuenta _____

2) Cheque en moneda del país de residencia (*) Dirección Postal del Asegurado _____

(*) 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:_____