

## DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

R.U.T del Asegurado \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_ N° celular \_\_\_\_\_

Motivo Reembolso  Enfermedad  Accidente

Describa brevemente la enfermedad o accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN:

Declaro bajo juramento en mi calidad de Asegurado, que la información aportada en esta Declaración Jurada de Siniestro es expresión fiel de las circunstancias que dieron lugar a los hechos constitutivos del siniestro.

Declaro expresamente, por el presente instrumento, que entiendo el deber del Asegurado contemplado en la legislación vigente, de acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Cualquier reticencia o declaración falsa de mi parte, faculta expresamente a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada.

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

CANTIDAD DE DOCUMENTOS ANEXOS

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA ASEGURADO TITULAR

TOTAL GASTOS PRESENTADOS	CANTIDAD DE DOCUMENTOS ANEXOS	FECHA DE SOLICITUD	FIRMA ASEGURADO TITULAR

## DECLARACION MÉDICO VETERINARIO TRATANTE

Nombre de la Mascota \_\_\_\_\_ N° de Chip de la mascota \_\_\_\_\_

Fecha Atención (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Fecha Diagnóstico (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento: procedimientos /exámenes/otros, especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RUT del Profesional \_\_\_\_\_ Nombre del Profesional \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Código del Profesional \_\_\_\_\_ Firma y Timbre del Profesional \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las declaraciones son verídicas y faculto a la compañía de seguros a solicitar al médico veterinario tratante y establecimientos médicos, los antecedentes médicos y autorizo a dichos profesionales médicos e instituciones a entregar la Compañía todos los antecedentes solicitados con objeto de hacer efectiva la cobertura del seguro.

El profesional médico veterinario tratante debe ser una persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina veterinaria en Chile y que posee título de médico cirujano veterinario otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile.

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Adjuntar el presente formulario, las boletas de gastos por honorarios médicos y procedimientos. Éstas deben venir legibles, debidamente timbrados y firmados por el medico veterinario tratante e identificando a la mascota, su respectivo número de chip y una descripción del gasto que contempla. Asimismo, incluir los vouchers de pago de dichas prestaciones.

## USO EXCLUSIVO COMPAÑÍA

Observaciones \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Nombre Liquidador \_\_\_\_\_