

Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios a los entregados por el Sistema Previsional (FONASA) o por las instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales antes descritos, deberá incluir el nombre de la institución como no bonificados o sin cobertura.

Antecedentes del asegurado y afectado

RUT empresa:	Nombre o razón social de la empresa:	No de póliza:
RUT asegurado titular:	Nombres completo del asegurado:	
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	Edad:
Dirección del asegurado:		Teléfono:

Datos para la indemnización

Nombre de beneficiario:	RUT del beneficiario:	(nombre y RUT sólo si es distinto del afectado)
Banco:	Tipo de cuenta:	No. de cuenta:

Descripción del accidente

FHH

Fecha:	Lugar:		
Hora:			
Breve descripción:			
Breve descripción de lesiones y diagnóstico:			
Fue hospitalizado: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Nombre del hospital:		
Fue intervenido quirúrgicamente: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Indique tipo de intervención:		
Fecha de ingreso:	Hora de ingreso:	Fecha de salida:	Hora de salida:
Indique cuándo pudo volver a realizar parte de los deberes relativos a su ocupación:		Fecha probable:	
Indique si usted cuenta con seguros en otras Compañías de Seguro: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Nombre de las compañías:	Valor asegurado:		
Indemnización semanal:	Cobertura:		

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas y autorizo a cualquier médico, clínica y hospital para suministrar las informaciones relacionadas con la enfermedad o accidente de que trata esta reclamación a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a Southbridge Compañía de Seguros Generales S.A., para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía aseguradora para todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.

Fecha: Día Mes Año Firma asegurado: _____