HDI SEGUROS

Solicitud de antecedentes de gastos médicos por incapacidad
Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP)

Ley 18.490

Nro. de siniestro: _____ **Nro. de Póliza:** _____

Nombre completo persona lesionada _____

Cumpliendo con los procedimientos establecidos y haciendo uso de nuestras facultades según artículo 9º de la Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, rogamos proporcionarnos los siguientes antecedentes a fin de concluir el análisis del siniestro y proceder con la liquidación del siniestro según corresponda:

Indemnización proveniente de gastos médicos (cobertura hasta UF300)

1. Certificado otorgado por el Tribunal o Fiscalía en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito y en el que debe constar entre otros, nombre del funcionario que lo otorga y timbre original de la Fiscalía o Tribunal competente.

2. Original de recibos, boletas o facturas comprobatorias de los gastos amparados por esta póliza, donde se indique el nombre de la persona que recibió la respectiva prestación o incurrió en el gasto.

3. En caso de cobro por exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico o reembolso de gastos farmacéuticos, deberá acompañarse, además: la correspondiente orden o receta médica que origino la prestación o gasto.

4. Copia de la Cédula de Identidad del lesionado

5. Copia de la Cédula de Identidad del representante legal del lesionado si este último fuera menor de edad

6. Ficha clínica y/o epicrisis, radiografías, informe médico tratante

7. Orden de atención con firma autorizada del lesionado (sin enmendar)

8. Otros

Si la Isapre u otra institución requiriera copia de los documentos que serán entregados a nuestra compañía, estos deberán ser fotocopiados previamente por el lesionado. (los originales quedan en poder del asegurador)

Las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones provenientes de esta póliza y la respectiva presentación de antecedentes, prescribirán en el plazo de 1 año contado desde la fecha en que ocurrió el accidente.

_____ / _____ / 20

Fecha solicitud de antecedentes

_____

Firma del denunciante

09/23