

Declaración Simple Jurada

Yo, _____, Rut _____ declaro que los gastos cuya devolución he solicitado a CHUBB Seguros de Vida S.A., no están cubiertos por otros seguros, sistemas o instituciones (comprendiéndose dentro de ellos los contratos con Clínicas) que otorguen beneficios médicos.

Se emite la presente declaración en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10, letra b, del Condicionado General depositado en la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código de póliza _____, en que específicamente se indica: “Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, **de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar** las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas”.

Asimismo, declaro estar en conocimiento que, de ser falsa la presente declaración, incurriré en las penas establecidas en los artículos 210 y 470 N° 10 del Código Penal, relativas al perjurio y falso testimonio y a la obtención de pago total o parcialmente indebido de un seguro, respectivamente.

Firma Asegurado : _____

Rut Asegurado : _____

Adjuntar fotocopia de cedula de identidad

Fecha recepción compañía: ___ / _____ / _____