

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

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 bonificado o sin cobertura.

IMPORTANTE: El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (De puño y letra del asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre o Razón Social	Nº de Póliza

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De puño y letra del asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre Completo	Edad

Correo electrónico:

3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)

Nombre del Paciente	Relación o parentesco con Asegurado Titular (si es otro especifique)
	<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro:.....
Sistema Previsional	Otros seguros o Beneficios de Salud
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Sin previsión <input type="checkbox"/> Isapre ¿Cuál?	Indique Compañía o Institución:.....

CAUSA DEL REEMBOLSO

<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Continuación de tratamiento
En caso de enfermedad o continuación de tratamiento indique: Diagnóstico Fecha de diagnóstico.
En caso de embarazo indique: FUR:..... Nº Semanas de gestación o embarazo:.....
En caso de accidente indique: Lugar de ocurrencia <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto Casa/Trabajo <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Locomoción Colectiva <input type="checkbox"/> Otro:.....
Detalle brevemente cómo ocurrió el accidente, indicando además fecha, hora del suceso y lugar de la primera atención de urgencia:

Confirmando la exactitud de mis declaraciones y faculto a la compañía de seguros a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos o los de mi cónyuge, como también autorizo a los facultativos o instituciones a entregar a la misma, todos los antecedentes a objeto de analizar esta solicitud de reembolso conforme a lo dispuesto en la ley Nº 19.628 Art. 127 del código sanitario.

Total de gastos	Total de monto bonificado	Monto reclamado	Fecha de la declaración	Firma del asegurado titular

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (estimado Dr, Agradecemos completar la siguiente declaración)

Nombre del paciente	Diagnóstico (en caso de embarazo indicar FUR y Nº de semanas de gestación)	
Fecha de atención:	Fecha de los primeros síntomas:	Fecha de diagnóstico:
¿Cuándo consultó por primera vez sobre este diagnóstico?	¿Ha tratado anteriormente al paciente? ¿Cuándo y por qué?	
Síntomas que originaron las visitas al médico		
TRATAMIENTO	Medicamento:	Exámenes
		Otros: especifique
¿Ha sido derivado o tratado por este mismo diagnóstico por otro médico?	Nombre del médico	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Especialidad del médico		

Aquellos siniestros cancelados u/o rechazados no constituye un derecho para futuros siniestros, por lo que serán nuevamente evaluados.

5. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre		Especialidad	
I.C.M	Fono de consulta	Fecha de la declaración	Firma del médico