

Solicitud de reembolso de Gastos médicos por accidente

N° Siniestro	Fecha presentación beneficiario	Fecha recepción compañía
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre o razon social del contratante	N° de póliza	
COLEGIO NUESTRA SRA. DEL HUERTO RUT 81.682.800-7	60 6002 260	

I. Antecedentes del asegurado / alumno (letra imprenta)

Nombre completo	RUT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Institución de salud	Fecha de nacimiento	Curso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total documentos adjuntados	Total gastos presentados	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Continuidad de tratamiento	Si es continuidad de tratamiento,	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N° solicitud anterior <input type="text"/>	

II. Datos del receptor del pago

indicar a continuación el beneficiario de los reembolsos de gastos médicos que procedan de esta solicitud de reembolso:

Nombre completo	RUT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Forma de pago de reembolso	N° Cuenta bancaria <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta vista	Banco <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Cuenta ahorro <input type="checkbox"/> Cheque		

III. Datos del accidente

Fecha del accidente:	Lugar del accidente:	Hora del accidente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Descripción de cómo ocurrió el accidente:

Conforme a lo señalado en la ley N° 19.628 y 20584, autorizo expresamente a la compañía para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos y autorizo a los médicos e instituciones que me han atendido para que remitan la información o copia de los archivos clínicos con la finalidad de que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mi gasto médico.

Si el asegurado es menor de edad esta declaración debe ser efectuada y firmada por su padre o madre.

CELULAR

EMAIL

Firma asegurado titular

Firma contratante

IV. Declaración médico tratante (letra imprenta clara)

Nombre del paciente		RUT paciente
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Descripción del accidente		
<input type="text"/>		
Fecha de accidente	Lugar del accidente	Diagnóstico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tratamiento indicado		
<input type="text"/>		
Nombre y especialidad médico tratante		
<input type="text"/>		
Teléfono	RUT médico tratante	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Firma y timbre médico tratante

Sr. Asegurado:

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradeceremos considerar las siguientes indicaciones:

1. Debe completar siempre este formulario, sin embargo, el médico tratante lo debe completar íntegramente sólo al iniciar el tratamiento ("Declaración Médico Tratante"), o si existiera alguna variación en el diagnóstico u otra observación importante.
2. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa, Bienestar u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
3. Las prestaciones no cubiertas por la institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el cual no es reembolsable o si está fuera de la cobertura del plan de salud.
4. Deberá adjuntar todos los documentos originales de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada, solo en caso de haber presentado éstos en otro seguro, se aceptarán fotocopias.
5. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como: fotocopias de prefacturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados en la póliza, no serán reembolsados por la compañía aseguradora.
7. En caso de accidente automovilístico se debe proceder según legislación vigente.
8. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la compañía aseguradora, no podrá ser superior a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.
9. Todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamiento, etc., serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso de evaluación, liquidación y traslado de información, liberando a Help Seguros de Vida S.A. de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

Estas observaciones se realizan para mejor entender la forma en que opera el seguro. No obstante, es importante que conozca las Condiciones Generales y Particulares que rigen la póliza.