



SOLICITUD REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

USO DE LA COMPAÑIA

F.V. Pol	/	/
F.V. TIT	/	/
F.V. Dep	/	/

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL

Universidad de Santiago de Chile

POLIZA N°

N° DE SOLICITUD

SECCION A. - DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL PACIENTE

RELACION CON EL TITULAR

EL MISMO HIJO(A) CONYUGE OTROS

FECHA DE 1° SINTOMA O ACCIDENTE

/ /

SINTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MEDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

N° DE LIQUIDACION ANTERIOR

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

\$

N° DE DOCUMENTOS ANEXOS

FECHA / /

FIRMA DEL ASEGURADO

SECCION B. - DECLARACION MEDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA ATENCION

DIAGNOSTICO

FECHA DIAGNOSTICO

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO

N° SEMANAS FUR

TRATAMIENTO INDICADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

ESPECIALIDAD

RUT

TELEFONO

FIRMA DEL PROFESIONAL

USO DE LA COMPAÑIA

FECHA CONTRALORIA

MONTO APROBADO

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella información solicitada por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro habersido 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.



SOLICITUD REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

Sr. Asegurado(a):

Para un correcto ingreso de su reembolso, sirvase considerar lo siguiente:

1. Completary presentar este formulario de reembolso **por cada asegurado-paciente y diagnóstico**.
2. Usted posee un **plazo de 60 días** para el cobro de sus reembolsos, a contar de la fecha de prestación médica.
3. **Farmacia**
 - Las recetas para medicamentos, deben indicar el nombre completo del paciente, escrito de puño y letra por el médico.
 - Tanto las boletas como las recetas deberán tener el timbre original de la farmacia que expendió el producto, indicando en la boleta el detalle de los medicamentos junto a sus valores.
 - Los gastos por fármacos de "uso permanente" se ingresarán con fotocopia de receta y timbre original de la farmacia. Esta receta deberá ser renovada cada 6 meses.
 - Los gastos por medicamentos de "uso controlado" se ingresarán con fotocopia de orden o receta médica con el timbre original de la farmacia.
4. **Otros**
 - Los beneficios que otorga el Seguro de Salud son complementarios a los otorgados por el Sistema Previsional (Fonasa o Isapre), por lo tanto en caso de beneficios no cubiertos por dichos sistemas, deberá indicarse los fundamentos por los cuales no se otorgaron dichos beneficios.
 - Los beneficios correspondientes a óptica se reembolsarán con orden médica y boleta de compra, detallando el valor unitario de cristales y marcos.
 - La documentación necesaria para obtener reembolsos por hospitalización debe contener detalle de los medicamentos e insumos suministrados durante la internación.
5. Las áreas identificadas como "**USO COMPAÑÍA**" como su nombre lo **INDICA** son de uso exclusivo para Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., por lo tanto no deben ser llenadas por el asegurado - paciente.

1 Conforme a lo señalado en el DS 1055, Informamos a Ud. que la liquidación de este siniestro será practicada directamente por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.

2 De no requerirse mayores antecedentes, la compañía dispondrá el pago del siniestro en un plazo de 3 días hábiles, hasta un máximo de 10 días hábiles.

3 A usted, le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, en lugar de la liquidación directa por parte de esta Compañía aseguradora. En tal caso, deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 (cinco) días contados a partir de la fecha de esta denuncia.

4 Si así lo hiciera, una vez recibida la notificación de oposición a la liquidación directa, la Compañía notificará en los dos (2) siguientes días, el nombre del liquidador asignado para el caso.

5 Hacemos presente, que el liquidador designado tiene el derecho a rechazar el nombramiento dentro de tres (3) días siguientes a su designación, en cuyo caso deberá designarse un nuevo liquidador conforme a los plazos señalados en el punto 3), en caso que este también se opusiese, se vuelve a presentar otro liquidador y así sucesivamente hasta que se produzca la aceptación de algunos de los designados.

6 El plazo máximo legal para emitir el informe de liquidación es de 45 días. Salvo que razones justificadas pudiesen llevar a solicitar una prórroga a dicho plazo.

7 Finalmente, informamos que una vez recibido el informe de liquidación, Ud. tiene el derecho a impugnarlo en un plazo de 10 días.