

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Nº SINIESTRO | FECHA PRESENTACIÓN BENEFICIARIO | FECHA RECEPCION COMPAÑÍA |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE | | Nº DE POLIZA |

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO / ALUMNO (LETRA IMPRENTA)

| | | |
|---|---|-------|
| NOMBRE | RUT | |
| INSTITUCIÓN DE SALUD | FECHA DE NACIMIENTO | CURSO |
| TOTAL DOCUMENTOS ADJUNTADOS | TOTAL GASTOS PRESENTADOS | |
| CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI ES CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO, Nº SOLICITUD ANTERIOR | |

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 | RUT |
|--------|-----|

FORMA DE PAGO DE REEMBOLSO

| | |
|---|---------------------------------------|
| CUENTA CORRIENTE__ CUENTA VISTA__ CUENTA AHORRO__ CHEQUE__ | Nº CUENTA BANCARIA_____ BANCO_____ |
|---|---------------------------------------|

III. DATOS DEL ACCIDENTE

| | |
|---|---------------------|
| FECHA DEL ACCIDENTE (DD/MM/AAAA): _____ | HORA DEL ACCIDENTE: |
| LUGAR DEL ACCIDENTE: | |
| 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.

FIRMA ASEGURADO TITULAR

FIRMA CONTRATANTE

IV. DECLARACION MEDICO TRATANTE (LETRA IMPRENTA CLARA)

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | RUT PACIENTE |
| DESCRIPCION DEL ACCIDENTE | | |
| FECHA DE ACCIDENTE | LUGAR DEL ACCIDENTE | DIAGNOSTICO |
| TRATAMIENTO INDICADO | | |
| NOMBRE Y ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE | | |
| TELEFONO | RUT MEDICO TRATANTE | FIRMA Y TIMBRE MEDICO 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 de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada, solo en caso de haber presentado éstos en otro seguro.
5. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con 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 y presentar declaración de accidente y/o parte policial.
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. Si necesitas apoyo

Te informamos que puedes contactarnos a través de los siguientes canales, para responder tus consultas y/o denunciar siniestros:

- 600 600 1222
- servicioalcliente@helpseguros.cl
- www.helpseguros.cl

Esperamos entregarte siempre la mejor calidad en nuestros servicios.