BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Rut: 96.656.410-5

N°

uso exclusivo de la compañía
fecha: / /

Solicitud de Reembolso Gastos Médicos

antecedentes del asegurado

rut asegurado titular	apellido paterno	apellido materno	nombres

teléfono fijo	celular	correo electrónico

nombre del paciente -asegurado- que efectúa el gasto	parentesco	fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) / /

isapre	síntoma que originó la visita al médico	fecha primeros síntomas

continuación del tratamiento SI* ☐ NO ☐	en caso de continuación de tratamiento, dar una referencia del caso

en caso de accidente: indique la causa	fecha del accidente (dd / mm / aaaa) / /	lugar del accidente

gasto: fecha del gasto (dd / mm / aaaa) / /	fecha presentación del gasto a la Cía. / /	N° de documentos	monto del gasto a cobrar a la Cía.

declaración del asegurado

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Compañía de Seguros, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.

Firma asegurado

declaración del médico tratante

nombre del paciente	fecha de consulta o inicio tratamiento (dd / mm / aaaa) / /	firma y timbre médico tratante

rut prestador (médico)	nombre médico profesional	especialidad	registro	teléfono

causa consulta: embarazo SI ☐ NO ☐ fecha concepción / /	otra causa (indicar) fecha primeros síntomas / /	diagnóstico

tratamiento indicado (breve detalle, medicamentos tiempo)

certificación empresa contratante

razón social empresa	N° póliza	fecha envío a Cía. de Seguros	firma empresa

Certificamos que el asegurado titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su seguro estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos dentales y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el seguro indicado.

vimp 0692 11/2025

COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

N°

Señor(a) Asegurado Titular: este Recibo es para su información del número de Solicitud de Reembolso. Complételo, córtelo y guárdelo.

nombre asegurado titular	rut	fecha

Yo, como Asegurado Titular, recibo conforme comprobante de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

Instrucciones para el asegurado titular

1. Completar un formulario por cada asegurado paciente y por cada diagnóstico (Puño y Letra del Asegurado).
2. No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Asegurado y la Declaración de Médico Tratante".
3. El plazo de presentación de sus gastos es de 30 días, a contar de la fecha de la presentación médica, en caso de hospitalización, 30 días a contar de la fecha que la Isapre efectúa la liquidación.
4. Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias).
5. Los gastos por medicamentos.

a) Las recetas deben indicar el nombre completo del paciente, escrito por el médico tratante.
b) La receta debe ser timbrada por la farmacia donde compró el o los medicamentos.
c) En la boleta o comprobante de pago, se debe indicar el detalle de los medicamentos adquiridos y su costo unitario.
d) Las recetas a permanencia deben ser renovadas cada 6 meses y para solicitar el reembolso, se aceptará fotocopia con timbre original de farmacia.
e) Para los medicamentos de "uso controlado" debe adjuntarse fotocopia de receta o de orden médica con timbre original de la farmacia.

6. Si su Isapre no cubre algún gasto amparado bajo el contrato de su póliza de Seguros en BICE Vida, debe indicarse los fundamentos por los cuales no se otorgaron dichos beneficios, además del timbre de su Isapre de "No Bonificable".

Cláusula con derecho a oposición de liquidar en forma directa

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo N° 1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde la presentación a la Compañía de Seguros, oponerse a la liquidación directa, solicitándole por escrito que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros DS 1055

Artículo 26.- Impugnación del informe de liquidación. Recibido el informe de un liquidador registrado, la compañía de seguros y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, sólo el asegurado estará facultado para impugnar el informe de liquidación, dentro del plazo mencionado anteriormente. En el caso que la liquidación directa por el asegurador determine la procedencia del pago de la indemnización y su monto en el respectivo informe de liquidación, la compañía de seguros deberá proceder a su pago en el plazo de 6 días. Impugnado el informe de liquidación, el liquidador o la compañía aseguradora, en su caso, deberá dar respuesta a dicha impugnación dentro del plazo de seis días contado desde su recepción. La respuesta del liquidador a las impugnaciones efectuadas se remitirá al asegurado y asegurador, en forma simultánea.

Artículo 27.- Pago de la indemnización. Si dentro del plazo de 5 días de concluido el proceso de liquidación, persistieran las diferencias entre el asegurador y el asegurado respecto del monto de la indemnización o sobre su procedencia, la compañía de seguros deberá notificar al asegurado su resolución final respecto al siniestro. Se entenderá concluido el proceso de liquidación, una vez que sean contestadas las impugnaciones o venzan los plazos para impugnar. El siniestro deberá ser pagado por la compañía de seguros dentro de los 6 días siguientes de notificada la resolución de la compañía de seguros respecto de la procedencia del pago de la indemnización, salvo que la póliza disponga un plazo distinto el cual, en todo caso, no podrá exceder de los 6 días señalados anteriormente en el caso de pólizas depositadas en la Superintendencia. En el mismo plazo, deberá ponerse a disposición del asegurado la suma no disputada, si la hubiere. En la decisión final de la compañía de seguros, deberá siempre informarse al asegurado su derecho a recurrir al procedimiento establecido en la póliza, o al que corresponda conforme la ley, para reclamar el pago de su pretendida indemnización o solucionar las dificultades que subsistan.