SOLICITUD DE REEMBOLSO
SEGURO COMPLEMENTARIO COLECTIVO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

FOLIO S0000157350

USO ASEGURADO TITULAR

I. ANTECEDENTES ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres

R.U.T ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ - ☐ | Póliza | Isapre

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres

R.U.T ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ - ☐ Fecha de Nacimiento ☐☐ (dd) ☐☐ (mm) ☐☐☐☐ (aa)

III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO (Favor adjuntar los originales que acrediten el o los gastos incurridos por esta dolencia)

Continuación de Tratamiento ☐ SI ☐ NO Si es continuación de tratamiento, indique diagnóstico: _____

Nº Documentos Presentados: _____ Total Gastos Presentados (de cargo del asegurado) $ _____

USO MÉDICO TRATANTE

IV. INFORME MÉDICO TRATANTE (No llenar si es continuación de tratamiento)

Diagnóstico:

Fecha primera consulta por este diagnóstico ☐☐ (dd) ☐☐ (mm) ☐☐☐☐ (aa) Fecha primeros síntomas

¿Ha sido el paciente derivado de otro médico? ☐ SI ☐ NO | Nombre del médico que lo derivó | Especialidad

Tratamiento:

Si es embarazo indique: Nº Semanas ☐☐ F.U.R. ☐☐ (dd) ☐☐ (mm) ☐☐☐☐ (aa)

Nombre del Médico:

R.U.T ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ - ☐ | Especialidad | Teléfono

Fecha Solicitud **Firma y timbre médico**

Por la presente autorizo a todo hospital, clínica, médico u otro profesional que nos haya prestado servicio a mi o a cualquier integrante de mi grupo familiar, a poner a disposición de Seguros de Vida Suramericana S.A. o de sus representantes debidamente acreditados, toda la información relacionada con las prestaciones que motivan esta solicitud de reembolso conforme lo dispone la ley Nº 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Fecha **Firma Asegurado Titular** **Firma y timbre Empresa**

PARA UNA CORRECTA PRESENTACIÓN DE SU SOLICITUD DE REEMBOLSO, LE AGRADECEREMOS CONSIDERAR LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

1. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa u otras coberturas de salud que tuviera contratada.

2. Para un rápido reembolso, es imprescindible que adjunte todos los documentos originales de los gastos presentados y que complete este formulario.

3. Para reembolsos de recetas, envíe la boleta timbrada por la farmacia con el detalle de los medicamentos. Si es boleta electrónica detallada, no será necesario el timbre de farmacia.

4. Para recetas a permanencia o por tratamientos prolongados, envíe la primera vez el original de la receta y luego fotocopia timbrada por la farmacia junto a la boleta. La receta original deberá ser renovada cada seis meses.

   En caso de recetas retenidas por la farmacia, envíe fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento indicando que el original queda en su poder.

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 fotocopia de facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.

6. Usted puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia y deberá indicar el diagnóstico inicial.

7. Si su plan incluye reembolso de óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o Seguro.

8. Para gastos de Psicología, Kinesiterapia, Fonoaudiología, envíe la orden médica para estas interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y/o cantidad de sesiones.

9. Recuerde que las solicitudes de reembolso tienen un plazo máximo de presentación de 60 días a partir de la fecha del gasto.

10. En caso de accidente de vehículo motorizado, deberá hacer uso de la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales en la Compañía que esté asegurado el vehículo. Posteriormente deberá recurrir a su Isapre o Fonasa. Si aún existe diferencia, deberá enviarnos fotocopia de gastos y liquidaciones efectuadas.

11. En caso que el Comprobante de Isapre no tenga el nombre del paciente, deberá adjuntar fotocopia de la boleta o fotocopia de la credencial de Isapre, donde se indique el nombre del beneficiario y código de éste.