SEGUROS SALUD GLOBAL
SOLICITUD DE REEMBOLSO
GASTOS MÉDICOS

Esta solicitud es para ser completada por asegurados de Salud Global.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si tiene más comprobantes de pago, no es necesario enviar otra solicitud de reembolso. Sólo envíe los comprobantes de pago con una carta informando sobre la condición e instrucciones de pago. Si la condición continúa por más de seis meses, podríamos requerir que se complete una nueva solicitud de reembolso.
Le informamos que no podremos devolver sus documentos originales. Sin embargo, podemos proveerle copias certificadas si las necesita.

1. INFORMACIÓN ASEGURADO TITULAR

Nombre Titular		RUT	

2. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE - A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Número de póliza

Número de folio

Título		RUT	
Nombre			
Primer apellido			
Segundo apellido			
Otros nombres			
Fecha de nacimiento		Edad	

Dirección de correspondencia

Edificio/Casa			
Calle			
Comuna			
Código de área		Código postal	
Ciudad			
País			
Correo electrónico			
Teléfono		Isapre	

¿Es esta su dirección de residencia permanente? Sí ◯ No ◯

¿Quiere que toda la correspondencia futura sea enviada a esta dirección? Sí ◯ No ◯

¿Tiene una dirección de residencia en los Estados Unidos de América? Sí ◯ No ◯

¿En qué país tuvo lugar el tratamiento?

¿En qué moneda se emitió el comprobante de pago?

¿Cuál es el monto total del gasto?

3. INFORMACIÓN MÉDICA – TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR EL MÉDICO ENCARGADO DEL TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

Información sobre el médico

Nombre	
Dirección	
Especialidad	
Diagnóstico	

Continuación del tratamiento Sí ◯ No ◯

Fecha inicial en la que el paciente notó los primeros síntomas	
¿Cuándo vio el paciente por primera vez a un médico con referencia a este gasto?	

En caso de accidente	Fecha de accidente		Lugar de accidente	

Detalles del tratamiento	
Detalles de la operación	
Detalles de los medicamentos recetados	

Tratamiento dental

◯ Chequeo anual ◯ Preventivo ◯ Restauración mayor ◯ Ortodoncia ◯ Tratamiento de emergencia o por accidente

Detalles del tratamiento dental	

Fechas de hospitalización Fecha de admisión | Fecha en que se le dio de alta

Nombre y dirección de hospital de admisión Número de referencia

Nombre	
Dirección	

Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

Firma y timbre del médico/cirujano dental	Fecha

4. DETALLES DE PAGO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR, COMPLETE LA SECCIÓN “A” O LA SECCIÓN “B”

Sección “A” | Reembolsos en Chile

◯ Depósito en Cuenta Corriente ◯ Vale Vista

El reembolso se realizara en Pesos Chilenos.
Los depósitos en cuenta corriente se deben realizar en un banco de la plaza.
Los vale vista se generarán en el Banco BBVA, en el mesón de servicio al cliente ubicado en cualquier plaza dentro de Chile.
En caso de depósito en cuenta, favor complete la información abajo.

Nombre del banco	
Número de cuenta	
Correo electrónico	

Los pagos de reembolsos se realizan a la cuenta del asegurado titular.

Sección “B” | Reembolsos fuera de Chile (Sólo en Dólares Americanos)

Nombre del banco	
SWIFT/Código BIC*	
Número de cuenta	
IBAN*	
Dirección del banco	

Código postal de área		País	

***Con el fin de agilizar el procesamiento de su reembolso, por favor incluya los códigos de IBAN y SWIFT de su sucursal bancaria. De ser necesario, su banco podrá facilitarle esta información.**

En caso que no podamos realizar un reembolso directo a la cuenta bancaria, o que no se suministre detalles de la cuenta, le realizaremos el reembolso a través de un cheque enviado por correo a la dirección física de correspondencia indicado en la primera página de esta solicitud.
Nos reservamos el derecho de enviar cualquier beneficio pagadero a la persona correspondiente, por ejemplo, los representantes de ejecutar el testamento de una persona que haya fallecido o al dependiente en su póliza que ha pagado la prima.

5. CONFIDENCIALIDAD

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Con el fin de procesar su siniestro, podría ser necesario que solicitemos un reporte médico del especialista que le atendió. Para ello, necesitamos su consentimiento firmando a siguiente declaración.

Usted puede elegir una de las siguientes tres opciones:

1. Puede darnos su consentimiento sin necesidad de ver el reporte médico con anterioridad. El reporte será enviado por su médico directamente a Seguros Bupa.

2. Puede darnos su consentimiento requiriendo ver el reporte médico antes que sea enviado a Seguros Bupa, en cuyo caso tendrá 21 días a partir de que Seguros Bupa solicite el reporte para revisarlo. Si usted no contacta a su médico dentro de los 21 días de nuestra notificación, él/ella tiene la potestad de enviarnos dicho reporte directamente. Si por el contrario usted contacta a su médico para tener acceso a su reporte médico, usted deberá darle a su médico un consentimiento por escrito para que él/ella nos envíe dicho reporte.

Usted podrá pedir a su médico que cambie el reporte si considera que su información es confusa. Si su médico rehúsa hacerlo, usted puede insistir en agregar sus propios comentarios en el reporte antes de ser enviado a Seguros Bupa.

En el caso que decida darnos su consentimiento sin indicar que desea ver el reporte médico antes de que sea enviado a Seguros Bupa y luego cambia de parecer, puede contactar a su médico antes que dicho reporte sea enviado a Seguros Bupa, en cuyo caso usted podrá verlo y pedirle a su médico que haga cambios o agregue sus comentarios antes que sea enviado, o no dar su consentimiento a que dicho reporte sea revelado.

3. Puede reservarse el derecho de no consentir la divulgación de su reporte médico, en cuyo caso puede ser que su siniestro sea aceptado.

En caso que usted indique, o no, su decisión de tener acceso a su reporte médico antes que sea enviado a Seguros Bupa, usted tiene el derecho de pedirle a su médico acceso a una copia de dicho reporte siempre y cuando lo solicite dentro de los primeros seis meses en los que el reporte nos fue suministrado.

Su médico tiene la potestad de no revelar la información, parcial o total, contenida en el reporte si: (a) considera que será perjudicial para usted, o (b) si dicha información indica sus intenciones con respecto a usted, o (c) dicho reporte revela la identidad de otra persona sin su consentimiento (distinto a lo permitido por un especialista de la salud en su capacidad profesional en relación a su cuidado). Su médico podría requerir cargos razonables por sus servicios.

Con mi firma abajo autorizo y solicito a cualquier hospital, especialista, médico o cualquier otro prestador de salud, que suministre a Seguros Bupa o un agente debidamente autorizado que actúe como representante de Seguros Bupa, toda la información que Seguros Bupa o dicho agente necesite en relación con cualquier tratamiento u otros servicios suministrados a mi persona o a mi dependiente, con el propósito de que Seguros Bupa considere el reembolso correspondiente por este siniestro.

He sido notificado de mis derechos bajo la Ley 19.628 sobre la Protección de la Vida Privada y el artículo 127 del Código Sanitario.

Indique aquí si usted desea tener acceso a una copia de su reporte médico antes de ser enviado a Seguros Bupa:

Yes ◯

No ◯

NOTIFICACIÓN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Propósito: Los datos personales recopilados sobre usted y personas adicionales cubiertas por la póliza, podrán ser utilizados por Seguros Bupa para procesar sus siniestros, administrar su póliza, hacer sugerencias sobre el tratamiento clínicamente apropiado, para la investigación y análisis y para detectar y prevenir el fraude o siniestros inapropiados.

Confidencialidad: La confidencialidad de la información del paciente y asegurado es de suma importancia para Seguros Bupa. Para ello, Seguros Bupa cumple con la legislación correspondiente y los lineamientos de confidencialidad médica.

Información médica: La información médica se mantendrá confidencial. A menos que sea requerido o permitido por la ley, sólo será compartida con los involucrados en su tratamiento o atención, incluyendo su médico de cabecera y sus agentes, y en caso de ser necesario, cualquier persona u organización que sea responsable de cumplir con sus gastos de tratamiento, o sus agentes. La información también puede ser compartida con terceros designados que participan en la gestión y manejo de su póliza. La información puede ser compartida con su agente o asesor de Seguros Bupa, en caso que usted haya solicitado su asistencia.

El intercambio de datos personales: Sin perjuicio de sus obligaciones de confidencialidad y protección de datos, podemos compartir su información personal con:

• Otras empresas del grupo Seguros Bupa para los fines anteriormente indicados, y el acceso está restringido a aquellas personas que tengan la necesidad de acceder a la información para esos fines.

• Otras aseguradoras del grupo Seguros Bupa o nuestros asociados de seguros. En caso que usted se transfiera a otro seguro de Seguros Bupa o un seguro ofrecido por uno de nuestros asociados, compartiremos su historia médica y siniestro con la nueva aseguradora.

• Nuestros prestadores de servicios.

Algunas veces tendremos que compartir sus datos personales con asesores profesionales como investigadores de siniestros, prestadores de asistencia de emergencia, profesionales médicos, abogados y otros expertos.

También contratamos otros prestadores de servicios de tecnología informática, impresión y servicios de mercadeo, investigación y análisis y servicios similares. En cada caso, se requiere que estos contratistas sólo utilicen los datos de carácter personal que sean necesarios para llevar a cabo sus servicios.

Igualmente podemos compartir información con el asegurado titular y/o contratante como las prestaciones recibidas por otras personas cubiertas por la póliza, los siniestros pagados, cantidad utilizada del deducible y, si procede cualquier historia médica de otra persona cubierta por la póliza, lo que repercute en la prestación de los beneficios.

En algunos casos, estos asesores están localizados fuera de su jurisdicción, en países que no ofrecen la misma protección que ofrece Chile. Seguros Bupa se asegura de que ellos se sometan a restricciones contractuales en lo que respecta a obligaciones de confidencialidad y seguridad.

Detalles del asegurado: Todos los documentos de la póliza y correspondencia relacionada con cualquier siniestro, puede ser enviado al asegurado titular. Seguros Bupa podría compartir otra información con el asegurado titular, como por ejemplo los beneficios recibidos por otras personas cubiertas por la póliza, siniestros pagados, cantidad usada del deducible, y en caso de ser necesario, cualquier historial médico de otra persona cubierta por la póliza, que influya en las provisiones de los beneficios.

Llamadas telefónicas y chateo en línea: Con el fin de mejorar continuamente nuestros servicios, sus llamadas o chateo en línea serán grabados y pueden ser monitorizados.

Investigación y análisis: Sus datos personales podrán ser utilizados con propósitos analíticos, estadísticos y de investigación. Los resultados serán utilizados para desarrollar y mejorar nuestros servicios y los servicios que recibe que son financiados por su póliza de Salud Global. También podríamos ponernos en contacto con usted e invitarle a participar en las actividades de investigación.

Fraude: Estamos obligados por la ley, en ciertas circunstancias, a divulgar información a agencias de cumplimiento legal sobre sospechas de siniestros fraudulentos y otros delitos.

Revelaremos información a terceros, incluyendo otros aseguradores a efectos de prevención, detección o investigación de delitos, incluyendo sospecha razonable de fraude siniestros inapropiados.

Nombres y direcciones: Seguros Bupa no revela el nombre y dirección de sus asegurados o pacientes a otras organizaciones fuera del grupo y sus prestadores de servicios.

Le mantendremos informado: A Seguros Bupa le gustaría mantenerle informado sobre los productos y servicios de Seguros Bupa que puedan ser de su interés.

Marque la casilla si desea que le enviemos información actualizada sobre nuestros productos y servicios:

◯

Usted podrá optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

Dirección de contacto: De acuerdo con la Ley de Protección de Datos, si usted desea recibir una copia de su información personal (para lo cual requeriría incurrir en algunos gastos), desea actualizar su información personal o tiene alguna duda relacionada con el procesamiento de datos, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Seguros Bupa al teléfono +56 22 391 3300. También puede enviarnos un correo electrónico a atencionsaludglobal@bupa.cl o encontrarnos en nuestras oficinas en:

Cerro El Plomo 6.000
Piso 2, Las Condes
Santiago de Chile

Para más información, consulte el Aviso de Protección de datos en www.segurosbupa.cl

6. ASEGURADORES EXTERNOS

¿Puede Seguros Bupa recuperar algunos de los costos con terceros (por ejemplo, una aseguradora o persona/organización relacionada con un accidente)? Sí ◯ No ◯

Nombre	
Dirección	

7. AUTORIZACIÓN – A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Yo confirmo que la información que he suministrado en este documento es correcta y precisa, a mi mejor entender. Confirmo que he dado consentimiento explícito, dentro de las provisiones del Data Protection Act 1998, para procesar mi información personal referente a este siniestro.

Firma del paciente (Padre o guardian en el caso que el paciente sea menor de 16 años de edad)	Fecha