HDI Seguros | Vida

FOLIO _____

Nota: NO fotocopiar este formulario si posee un número de folio

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

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 ☐ NO ☐	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__	N° CUENTA BANCARIA_____ BANCO_____

III. DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE (DD/MM/AAAA):_____

LUGAR DEL ACCIDENTE: HORA 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

Imprenta Licanray

IV. DECLARACION MEDICO TRATANTE (LETRA IMPRENTA CLARA)

<table>
<tr><td colspan="3">NOMBRE DEL PACIENTE</td><td>RUT PACIENTE</td></tr>
<tr><td colspan="4">DESCRIPCION DEL ACCIDENTE</td></tr>
<tr><td>FECHA DE ACCIDENTE</td><td colspan="2">LUGAR DEL ACCIDENTE</td><td>DIAGNOSTICO</td></tr>
<tr><td colspan="4">TRATAMIENTO INDICADO</td></tr>
<tr><td colspan="4">NOMBRE Y ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE</td></tr>
<tr><td>TELEFONO</td><td>RUT MEDICO TRATANTE</td><td colspan="2">FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE</td></tr>
</table>

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 **originales** de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada, solo en caso de haber presentado éstos en otro seguro, se aceptarán fotocopias.
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: 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.
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. Todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como **diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamiento, etc.**, serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso de evaluación, liquidación y traslado de información, liberando a **HDI Seguros de Vida S.A.** de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

Estas observaciones se realizan para mejor entender la forma en que opera el seguro. No obstante, es importante que conozca las Condiciones Generales y Particulares que rigen la póliza.