FORMULARIO DE REEMBOLSO Y/O DECLARACIÓN DE ACCIDENTE PRODUCTOS ADICIONALES

I. DATOS DEL AFILIADO

Nombre del Afiliado Titular: _____

RUT del Afiliado Titular: _____ Email: _____

Nombre del Paciente: _____ Ciudad de atención: _____

Si usted posee el Producto Adicional Urgencia Ambulatoria, Hospitalario Accidental, Senior o Accidental Pro complete las secciones II y III.

II. DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD

Completar la siguiente sección sólo en caso de que el gasto haya sido producto de una enfermedad.

Diagnóstico: _____

_____

_____

_____

III. DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Completar la siguiente sección sólo en caso de que el gasto haya sido producto de un accidente.

Lugar de ocurrencia:

☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Vehículo Particular

☐ Trayecto / Casa / Trabajo ☐ Transporte Público ☐ Otro (especifique) _____

Fecha accidente: ☐☐ (DÍA) ☐☐ (MES) ☐☐ (AÑO) Hora: _____

Relate las circunstancias en que ocurrió el accidente _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma Declaración de Accidente

Cantidad de documentos presentados: _____ Total gastos presentados: **$** _____

SEP26

FORMULARIO DE REEMBOLSO Y/O DECLARACIÓN DE ACCIDENTE PRODUCTOS ADICIONALES

Si usted posee el Producto Adicional Catastrófico Libre Elección activo, completar la sección IV.

IV. DECLARACIÓN PRODUCTO ADICIONAL CATASTRÓFICO LIBRE ELECCIÓN

Diagnóstico BAC activado: _____ Folio BAC asociado: _____

V. DECLARACIÓN MÉDICA (esta sección debe ser completada por su médico tratante)

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar la siguiente información.

Nombre del paciente: _____ Fecha atención: ____ ____ ____
DÍA MES AÑO

Diagnóstico: _____ Fecha diagnóstico: ____ ____ ____
DÍA MES AÑO

Tratamiento indicado: _____

Nombre del profesional médico: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

Especialidad: _____ RUT: _____

Teléfono: _____ Email: _____

_____
Firma Profesional

Cantidad de documentos presentados: _____ Total gastos presentados: **$** _____

VI. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO

1. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por el Plan de Salud de la Isapre del cual Ud. Es Titular y/o Beneficiario.

2. Para poder realizar su solicitud de reembolso deberá presentar en la Isapre toda aquella documentación original, junto con los documentos contables que den cuenta del gasto de cargo del beneficiario, dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días corridos contados desde la fecha de emisión de éstos últimos.

3. En el caso de que su solicitud de reembolso sea del Producto Adicional Catastrófico Libre Elección y tenga un evento activado, deberá presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- Detalle de la declaración médica, llenado de puño y letra por el profesional de la salud que lo atendió.
- Bonos, boletas, facturas programa médico (solicitud de tratamiento) con el detalle de las prestaciones otorgadas y/o comprobantes de reembolso en original (documentos contables).
- En el caso de haber reembolsado previamente en otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones de salud a los que pertenezca el Beneficiario, deberá presentar el original de la liquidación emitida, adjuntando copia de los documentos que fueron presentados para acreditar el pago o el reembolso de éste.
- Toda documentación original que sea requerida para evaluar la solicitud presentada.

4. En caso de que su solicitud de reembolso sea para el Producto Adicional de Urgencia Ambulatoria, debe presentar los siguientes documentos:

- “Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Productos Adicionales”, con información del Beneficiario que se atendió en el servicio de urgencia.

FORMULARIO DE REEMBOLSO Y/O DECLARACIÓN DE ACCIDENTE PRODUCTOS ADICIONALES

- Bonos, boletas, facturas y/o comprobantes de reembolso en original (documentos contables) en el caso de haber reembolsado previamente en otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones de salud a los que pertenezca el Beneficiario, deberá presentar el original de la liquidación emitida, adjuntando copia de los documentos que fueron presentados para acreditar el pago o el reembolso de éste.
- Epicrisis o Certificado de atención de urgencia, emitido por el servicio de urgencia correspondiente, el que debe indicar el diagnóstico y tratamiento efectuado.
- Detalle de las prestaciones realizadas emitidas por el servicio de urgencia.
- Parte policial, alcoholemia y/o informe toxicológico, si correspondiese.

5. En caso de que su solicitud de reembolso sea para el Producto Adicional Hospitalario Accidental, debe presentar los siguientes documentos:

- "Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Producto Adicionales", con información del Beneficiario que se estuvo hospitalizado y la declaración de accidente, si correspondiese.
- Solicitud de Tratamiento.
- Epicrisis.
- Protocolo Operatorio, siempre y cuando se haya realizado una intervención quirúrgica.
- Informe Médico Tratante, si correspondiese.
- En caso que sea primera cobertura, deberá presentar los documentos contables originales (ej: boletas, bonos, reembolsos y/o facturas). Y en el caso que otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones, al cual pertenezca el Beneficiario, hayan otorgado cobertura, deberá presentar copia de los documentos contables presentados en la otra institución y el original de la liquidación del seguro previo que otorgó la cobertura.
- Detalle de las prestaciones emitidas (o cuenta Hospitalaria o Prefactura).
- Parte policial, alcoholemia o informe toxicológico, si correspondiese.

6. En caso de que su solicitud de reembolso sea para el Producto Adicional Protección Accidental,, debe presentar los siguientes documentos:

- Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente correspondiente.
- Solicitud de Tratamiento (si aplica).
- Epicrisis (si aplica).
- Detalle de las prestaciones emitidas (cuenta hospitalaria o prefactura).
- Informe médico tratante que acredite la extensión y grado de las quemaduras o fracturas (si aplica), junto con las radiografías correspondientes en caso de fracturas.
- Protocolo operatorio (si hubo intervención quirúrgica).
- Documentos contables originales (boletas, bonos, reembolsos, facturas). Si el beneficiario recibió cobertura de otra aseguradora, se debe presentar copia de los documentos contables y el original de la liquidación del seguro previo.
- Documento que acredite el período de hospitalización (si corresponde).
- Parte policial, alcoholemia o informe toxicológico (si aplica).

7. En caso de que su solicitud de reembolso sea para el Producto Adicional Deporte Protegido, debe presentar los siguientes documentos:documentos:

- Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidentes, con información del Afiliado y la declaración del accidente.
- Epicrisis, y/o certificado de atención de urgencia, emitido por el servicio de urgencia correspondiente, el que debe indicar el diagnóstico y tratamiento efectuado.
- Detalle de las prestaciones emitidas (o Cuenta hospitalaria o Prefactura).
- Protocolo Operatorio, siempre y cuando se haya realizado una intervención quirúrgica.
- Informe Médico Tratante.
- En caso de que sea primera cobertura del Producto, deberá presentar los documentos contables originales (ej: boletas, bonos, reembolsos y/o facturas). Y en el caso que otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones, al cual pertenezca el afiliado, hayan otorgado cobertura, deberá presentar copia de los documentos contables presentados en la otra institución y el original de la liquidación del seguro previo que otorgó la cobertura.
- Receta Médica, y boletas de farmacia asociadas al accidente, si correspondiese.
- Parte policial, alcoholemia o informe toxicológico, si correspondiese.
- La Isapre podrá solicitar documentación adicional para confirmar la procedencia de la cobertura.

FORMULARIO DE REEMBOLSO Y/O DECLARACIÓN DE ACCIDENTE PRODUCTOS ADICIONALES

La Isapre tendrá un periodo máximo de respuesta de ocho (8) días hábiles por cada producto que se aplique, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de reembolso, tiempo en el cual deberá haber respondido al afiliado con el informe de liquidación, carta de respuesta o solicitud de antecedentes necesarios para evaluar la procedencia del gasto presentado.

En caso que el afiliado titular tenga contratado el Producto Adicional Senior, y éste se encuentre activo por el mismo diagnóstico, operará primero el Producto Adicional Urgencia Ambulatoria, Hospitalario Accidental o Catastrófico Libre Elección, según corresponda y posterior a ello, operará el Producto Adicional Senior.

VII. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que manten ga registros de salud míos, para que entregue toda aquella información solicitada por Colmena, a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley No 19.628, por este acto faculto expresamente a Colmena, para hacer uso de mis datos de carácter personal, así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía Aseguradora para todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la Aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismo fines.

_____

Firma Afiliado

Fecha: | | | |
DÍA MES AÑO