BICE VIDA

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS - SVI

FECHA PRESENTACION | | | Nº POLIZA

I. DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR RUT

CORREO ELECTRONICO:

BICE VIDA INFORMA QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO ANTES INDICADA.
SOLO EN CASO QUE EL RECLAMANTE NO DISPONGA DE UN CORREO ELECTRONICO PERSONAL O SE OPONGA A ESA VIA DE COMUNICACION, LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES RELACIONADAS CON ESTE DENUNCIO SE EFECTUARAN POR CORREO CERTIFICADO A LA SIGUIENTE DIRECCION.

DIRECCION PARTICULAR: N° DEPTO/CASA:

VILLA/POBL. COMUNA: REGION

TELEFONO PARTICULAR: CELULAR: TRABAJO:

NOMBRE PACIENTE RUT

MOTIVOS QUE OBLIGAN A VISITAR AL MEDICO

INDIQUE LA INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL ASEGURADO SINIESTRADO:

☐ ISAPRE ☐ FONASA ☐ OTRO

SI LOS GASTOS SON POR CONTINUACION DE TRATAMIENTO, POR FAVOR INDIQUE EL DIAGNOSTICO RELACIONADO Y LA FECHA EN QUE SE REALIZO ESTE.

DIAGNOSTICO RELACIONADO FECHA DIAGNOSTICO

INFORMACION IMPORTANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO Nº 1055, ARTICULO 20), BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS A CONTAR DE LA FECHA DE LA DENUNCIA, OPONERSE A LA LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICITAR POR ESCRITO A BICE VIDA QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR EXTERNO. ESTA SOLICITUD PODRA REALIZARLA A TRAVES DE CARTA CERTIFICADA DIRIGIDA A AV. PROVIDENCIA 1806, PISO 10, PROVIDENCIA, O AL CORREO ELECTRONICO SINIESTROS.VIDA@BICEVIDA.CL.

TAMBIEN POR ESTE MEDIO DECLARO CONOCER QUE TODOS LOS ANTECEDENTES QUE DAN ORIGEN A ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO, TALES COMO **DIAGNOSTICOS, MEDICAMENTOS PRESCRITOS, TRATAMIENTOS, ETC.,** SERAN DE CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES PERSONAS QUE PARTICIPEN EN EL PROCESO DE EVALUACION, LIQUIDACION Y TRASLADO DE INFORMACION, Y QUE POR LO MISMO LIBERO A **BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** DE TODA RESPONSABILIDAD PRODUCTO DEL MANEJO DE LA MISMA.
EN CASO DE QUE USTED REQUIERA QUE LA INFORMACION QUE ENVIA A BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y LAS RESPUESTAS QUE DE ESTA EMANEN PRODUCTO DE LOS PROCESOS DE EVALUACION Y LIQUIDACION SEA TRATADA EN FORMA **CONFIDENCIAL**, LE SOLICTAMOS HACERNOS SABER ESTA RESOLUCION POR ESCRITO MEDIANTE UNA CARTA INDICANDOLO Y REMITIR SUS DOCUMENTOS EN SOBRE CERRADO A NOMBRE DE **DEPARTAMENTO DE SINIESTROS VIDA, BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**, ROTULADO **CONFIDENCIAL**.

FECHA DE LA FIRMA | | | FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

II. DECLARACION DEL MEDICO

DOCTOR: PARA QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DE SU SEGURO DE SALUD, LE AGRADECEMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (POR FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA)

FECHA PRIMERA CONSULTA | | | FECHA DE DIAGNOSTICO | | | FECHA DE ATENCION | | |

EN CASO DE ACCIDENTE
DETALLE FECHA, LUGAR Y DESCRIPCION DEL MISMO

TRATAMIENTO:
PERIODO DE TRATAMIENTO E INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE DEL MEDICO

ESPECIALIDAD

RUT TELEFONO

FECHA DE LA FIRMA | | | FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

1. La **"Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos-SVI"** debe ser completada por el propio asegurado, en el recuadro titulado **"DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR"** y por el médico tratante, en la sección llamada **"DECLARACIÓN DEL MÉDICO"**.

2. El asegurado deberá presentar a la compañía una **"Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos-SVI"** por cada asegurado siniestrado (titular o dependiente) que haya sido tratado por un médico y presente gastos médicos para reembolsar. Podrá acompañar copia de los exámenes con los cuales se realizó el diagnóstico de la enfermedad, los cuales serán devueltos con la liquidación de sus gastos.

3. En caso de tratamientos prolongados o permanentes, el formulario deberá ser completado por el médico solamente al momento del diagnóstico de la enfermedad y prescripción del tratamiento, haciendo constar el tipo y periodo aproximado de duración del tratamiento.

4. Cuando presente gastos por continuación de tratamiento, el asegurado deberá indicar esta situación en su declaración señalando el diagnóstico relacionado. En este caso no es necesario que el médico complete su sección, por cuanto los antecedentes ya están en poder de la compañía. De esta forma las solicitudes de reembolso para continuaciones de tratamiento sólo deben ser completadas por el asegurado e indicar el diagnóstico por el cual se solicita el reembolso de gastos médicos.

5. El asegurado deberá adjuntar a la **"Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos-SVI"** los siguientes documentos que serán los únicos considerados como comprobantes válidos del gasto:

Para gastos ambulatorios: Originales de Bonos y Comprobantes de Reembolsos, Facturas y Boletas emitidas por honorarios médicos, exámenes y procedimientos, junto con sus respectivas órdenes médicas y fotocopia de los documentos reembolsados por Isapre.

Para gastos hospitalarios: Originales de Bonos y Comprobantes de Reembolsos, Facturas y/o Boletas, con Pre-factura o Detalle de Gastos Hospitalarios emitido por la Clínica u Hospital y fotocopia de los documentos reembolsados por Isapre.

Los Bonos y Comprobantes de Reembolso deben ser originales. Las Boletas y Facturas deberán presentarlas en original, cuando éstas no tengan cobertura por ISAPRE o FONASA, debidamente timbradas por su institución de salud, indicando tal situación.

6. Gastos de Medicamentos Ambulatorios (sólo en caso de que su póliza incluya cobertura de **"Medicamentos Ambulatorios"**):

- Las recetas de medicamentos deben indicar claramente el nombre completo del paciente, fecha de emisión de las mismas y periodo de tratamiento, escrito de puño y letra por el médico.
- Las boletas emitidas por la farmacia deben indicar el nombre y el precio de cada medicamento, adjuntándose a la receta médica correspondiente, debidamente timbradas por la farmacia.
- En aquellas boletas de farmacia en que sólo indiquen el total de la venta, deberá obtenerse de la farmacia un detalle con el nombre y precio de los medicamentos adquiridos, que podrá anotarse en el reverso o en hoja aparte, debidamente timbrado por la farmacia.
- Para gastos por medicamentos de uso permanente o prolongado, deberá adjuntar receta original en primera solicitud de bonificación y fotocopia de ella cada vez que se solicite el reembolso del medicamento. La duración de las recetas permanente es de 6 meses desde la fecha de emisión de la misma, por lo que deberá ser renovada después de dicho periodo.
- Para los gastos por medicamento de "Uso controlado", se deberá adjuntar a la solicitud de Reembolso de Gastos Médicos una fotocopia de la orden o receta médica debidamente timbrada por la farmacia.
- Para los gastos por medicamentos amparados por una receta magistral, se deberá adjuntar fotocopia de la receta.

7. El asegurado podrá presentar todos estos antecedentes en cualquiera de las sucursales de Bice Vida, que se encuentran a lo largo del país.

8. La solicitud de reembolso de gastos deberá presentarse dentro del plazo de 60 ó 90 días (según condiciones de su póliza), a contar de la fecha enque se efectuan los gastos.

DETALLE DE GASTOS MEDICOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Tipo Documento (1)	Folio N° Documento	Monto Prestación	Bonificación ISAPRE/FONASA	Otras Bonificaciones	Copago Asegurado
		$	(-)	(-)	(=)
		$	(-)	(-)	(=)
		$	(-)	(-)	(=)
		$	(-)	(-)	(=)
		$	(-)	(-)	(=)
		$	(-)	(-)	(=)
		$	(-)	(-)	(=)

Total Documentos presentados _____ Total Gastos Reclamados $ _____