

Solicitud de Reembolsos Gastos Médicos

| SECCIÓN A. - DECLARACIÓN DEL ASEGURADO | | |
|---|---|--------------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL | N° PÓLIZA | FECHA DE SOLICITUD |
| | | / / |
| NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR | RUT | EMAIL |
| | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE | ¿QUÉ PREVISIÓN TIENE? INDICAR CÚAL | |
| | <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE _____ | |
| RELACIÓN CON EL TITULAR | FECHA DE 1° SÍNTOMA O ACCIDENTE | |
| <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTROS | / / | |
| SÍNTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MÉDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR | | |
| | | |
| EN CASO DE CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO INDICAR DIAGNÓSTICO / N° DE LIQUIDACIÓN ANTERIOR | N° DE DOCUMENTOS ANEXOS | FIRMA ASEGURADO |
| | TOTAL GASTOS PRESENTADOS | Fecha: |
| | \$ | |

| SECCIÓN B. - DECLARACIÓN MÉDICA | | |
|---|-------------------|---|
| Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes: | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE | | FECHA ATENCIÓN |
| | | / / |
| DIAGNÓSTICO | FECHA DIAGNÓSTICO | PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO |
| | / / | N° DE SEMANAS <input type="checkbox"/> FUR <input type="checkbox"/> |
| TRATAMIENTO INDICADO | | FIRMA PROFESIONAL |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL INDICADO | | |
| | | |
| ESPECIALIDAD | RUT | |
| | | TELÉFONO |
| | | |

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier, institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella información solicitada por: Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos según sea el caso. A su vez faculto a esta última para que lo solicite o retire las copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., 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 mismos fines.

- Conforme a lo señalado en el DS 1055, Informamos a Ud. que la liquidación de este siniestro será practicada directamente por Chilena Consolidada.
- De no requerirse mayores antecedentes, la compañía dispondrá el pago del siniestro en un plazo de 3 días hábiles, hasta un máximo de 10 días hábiles.
- A usted, le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, en lugar de la liquidación directa por parte de esta Compañía aseguradora. En tal caso, deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 (cinco) días contados a partir de la fecha de esta denuncia.
- Si así lo hiciera, una vez recibida la notificación de oposición a la liquidación directa, la Compañía notificará en los dos (2) siguientes días, el nombre del liquidador asignado para el caso.
- Hacemos presente, que el liquidador designado tiene el derecho a rechazar el nombramiento dentro de tres (3) días siguientes a su designación, en cuyo caso deberá designarse un nuevo liquidador conforme a los plazos señalados en el punto (3), en caso que este también se opusiese, se vuelve a presentar otro liquidador y así sucesivamente hasta que se produzca la aceptación de algunos de los designados.
- El plazo máximo legal para emitir el informe de liquidación es de 45 días. Salvo que razones justificadas pudiesen llevar a solicitar una prórroga a dicho plazo.
- Finalmente, informamos que una vez recibido el informe de liquidación, Ud. tiene el derecho a impugnarlo en un plazo de 10 días.

| USO DE LA COMPAÑÍA | F.V. POL | F.V. TIT | F.V. DEP |
|--------------------|----------|----------|----------|
| | | | |