



➤ **Solicitud de Reembolsos Médicos**

Nº SINIESTRO	FECHA INGRESO A CIA. DE SEGUROS
--------------	---------------------------------

Nº E52872

DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

NOMBRE DEL CONTRATANTE		Nº POLIZA	
NOMBRE DEL ASEGURADO		RUT ASEGURADO	
NOMBRE PACIENTE	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO PACIENTE	
COTIZA USTED EN <input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> OTROS INDIQUE _____			
DIAGNOSTICO (EN CASO DE ACCIDENTE, INDIQUE DONDE Y COMO OCURRIO)			CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FECHAS PRIMEROS SINTOMAS	FECHA PRMER DIAGNOSTICO	FECHA INICIO TRATAMIENTO	MEDICO TRATANTE

INDIQUE Nº DE DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

ORDEN DE ATENCION (BONO)	REEMBOLSOS	BOLETA FARMACIA	RECETAS	OTROS	TOTAL DCTOS.	TOTAL DE GASTO \$

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y AUTORIZO a todos los médicos o tratantes en general que me examinaron, y a todos los Hospitales, Clínicas, Isapres u otra entidad médica, para suministrar información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) a CIA. DE SEGUROS DE VIDA CRUZ DEL SUR S.A.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 del DS de Hacienda Nº 863, el asegurado acepta la liquidación directa del siniestro. Dirección Avda. El Golf 150, 4º piso, Las Condes, Santiago, Chile. Fono: 600-461-8000.

FIRMA ASEGURADO TITULAR

DECLARACION MEDICO TRATANTE: Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas, necesarias para permitir a nuestro paciente optar a los beneficios de su Seguro.

NOMBRE DEL PACIENTE				EDAD	
DIAGNOSTICO (USAR LETRA IMPRENTA CLARA)					
FECHA PRIMEROS SINTOMAS	FECHA DIAGNOSTICO	FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA CONCEPCION (SI ES EMBARAZO)	Nº SEMANAS	
¿HA CONSULTADO ANTERIORMENTE CON USTED O CON OTROS MEDICOS POR ESTA CAUSA? SI ES ASI, FAVOR DETALLE					
NOMBRE Y ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE					RUT
FECHA ATENCION	TELEFONO	FIRMA Y TIMBRE			

El asegurado debe completar siempre este formulario ("Declaración a Completar por el Asegurado"), 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.

Indique la **cantidad de documentación** que está adjuntando a este formulario. Recuerde que sólo la documentación original tendrá validez para su liquidación. Las fotocopias no constituyen respaldo contable, por lo mismo no se pueden enviar para proceso.

Medicamentos:

Enviar receta original y boleta de la farmacia con detalle de medicamentos prescritos.

Para receta a permanencia, enviar en primer lugar receta original y los próximos gastos, con fotocopia de receta junto a la boleta original de la farmacia. Renovar la receta a permanencia cada seis meses.

Recetas Retenidas, adjuntar fotocopia receta con timbre original de farmacia, calificándola como tal.

La cobertura Medicamentos, se refiere a aquellos correspondiente a la medicina tradicional, que tengan un efecto curativo. No se consideran como tales las Vitaminas, Vacunas, Medicina Natural, Homeopatía y otros de efecto preventivo o de efecto protector tales como bloqueadores solares, humectantes para la piel, etc.

Dado que la póliza actúa sobre los copagos de Instituciones Previsionales de Salud, y otros beneficios de Salud que tenga el asegurado, es que se exige la presentación en forma prioritaria a la Isapre, Fonasas y otras.

Si la Institución Previsional de Salud, ya bonificó el tope en alguna prestación dentro del plan, la boleta debe presentarse con timbre de Isapre como **"No Bonificable"**.

Para evitar rechazos innecesarios, usted debe cumplir **con los plazos de presentación** de Solicitudes de Reembolsos Médicos, establecidos en Condiciones Particulares de su póliza.

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