

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

**IMPORTANTE:**

El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.  
(\* ) Antes de completar esta solicitud de reembolso, lea atentamente las indicaciones señaladas al reverso.

Nombre o Razón Social del Contratante	Nº Poliza	Fecha Presentación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**I.- Datos Asegurado Titular y Paciente**

Nombre Asegurado Titular	Rut Asegurador Titular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre Paciente	Rut Paciente	Parentesco	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sistema Previsional:	Fonasa <input type="checkbox"/>	Isapre <input type="checkbox"/>	Especifique <input type="text"/>
	Sin Previsión <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especifique <input type="text"/>
Banco	Nº Cuenta	Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**II.- Causa Reembolso (Indique solo el motivo de esta consulta)**

Enfermedad <input type="checkbox"/>	Indique Diagnóstico <input type="text"/>	Fecha Diagnóstico <input type="text"/>
Embarazo <input type="checkbox"/>	FUR <input type="text"/>	Nº Semanas gestación <input type="text"/>
Accidente <input type="checkbox"/>	(Detalle: fecha, lugar (casa, trabajo, otro) y descripción del mismo)	
<input type="text"/>		

Continuación Tratamiento  
 NO  SI  Nº Solicitud anterior

**III.- Cantidad Documentos Adjuntados**

Bonos	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Otros	Total Dctos.	Gasto Total reclamado (\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que la información detallada es verdadera y conforme a lo señalado en la Ley 19.628 y 20.584, autorizo a la Compañía para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos o el de alguno de los beneficiarios y autorizo a los médicos o 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.

\_\_\_\_\_  
Firma Titular

**IV.- Declaración Médico Tratante**

Nombre Paciente	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnóstico (Usar letra imprenta clara)

Fecha Diagnóstico	Fecha Tratamiento	Tratamiento Indicado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En caso embarazo indique:	FUR <input type="text"/>	Nº semanas gestación <input type="text"/>

Ha consultado anteriormente con usted o con otro médico por esta causa? Si es así detalle:

Nombre y especialidad médico tratante	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha Atención	Teléfono consulta
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del médico

## Instrucciones de llenado del formulario

### Sr. Asegurado:

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradecemos considerar las siguientes indicaciones:

Debe completar siempre este formulario ('Datos del asegurado Titular y Paciente'), 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 para los gastos, en conjunto con esta solicitud debidamente completada. Recuerde que sólo la documentación original tendrá validez para su liquidación. Las fotocopias no constituyen respaldo contable, por lo mismo no deben adjuntarse fotocopias a la solicitud, ya que con ellas no se hará reembolso alguno.
5. La cobertura para medicamentos se refiere a aquellos correspondientes 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.
6. Para solicitar reembolso de medicamentos:
  - a) Enviar receta original junto a la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos.
  - b) Para recetas de uso permanente o por tratamiento prolongado, enviar junto con la primera solicitud la receta original y en las próximas solicitudes, enviar fotocopias de ésta junto a la boleta de la farmacia y detalle de los medicamentos.
  - c) Renovar la receta de uso permanente cada 6 meses. Para recetas retenidas en la farmacia, enviar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento, señalando que el original queda en su poder por disposición de la autoridad.
7. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa.
8. Usted puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia y deberá indicar el diagnóstico inicial.
9. Si su plan incluye óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o seguro.
10. Para gastos de psicología, kinesiterapia, fonoaudiología, envíe la orden médica para interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y/o número de sesiones.
11. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados de la póliza, no serán reembolsados por la compañía aseguradora.
12. En caso de accidente automovilístico o accidente laboral, se debe proceder según legislación vigente.
13. 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.
14. 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, por tanto, al presentar esta solicitud usted libera a HDI Seguros de Vida S.A. de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

En caso de que se requiera que la información que envía a HDI Seguros de Vida S.A., y las respuestas que de ésta emanen producto de los procesos de evaluación y liquidación, sea tratada de forma CONFIDENCIAL, le solicitamos hacernos saber esta resolución por escrito, mediante una carta indicándolo, y remita sus documentos en un sobre cerrado a nombre del Departamento de Beneficios rotulado CONFIDENCIAL.

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