



➤ **Solicitud de Reembolsos Médicos**

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

Nº I61239

DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

NOMBRE DEL CONTRATANTE		Nº POLIZA	
NOMBRE DEL ASEGURADO		RUT ASEGURADO	
CORREO ELECTRONICO ASEGURADO TITULAR			
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	REEMBOLSOS	BOLETA FARMACIA	RECETAS	OTROS	TOTAL DCTOS.	TOTAL DE GASTO \$
-------------------	------------	-----------------	---------	-------	--------------	----------------------

Rechazo el envío de las comunicaciones vía correo electrónico

1. En caso de no informar correo electrónico o de rechazar las comunicaciones a través de esta vía, éstas se realizarán vía carta certificada al domicilio indicado en su póliza.
2. De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo Nº 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el Asegurado o Beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la Compañía de Seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo. Una vez designado el liquidador, dejan de tener efecto los plazos de liquidación estipulados en las condiciones de la póliza.
3. Para hacer seguimiento a este caso, debe contactarse con la Compañía de Seguros al correo electrónico "serviciocliente@cruzdelsur.cl" indicando su número de solicitud.

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.

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