

**Solicitud de Reembolso  
Gastos Médicos**

**antecedentes del asegurado**

rut asegurado titular	apellido paterno	apellido materno	nombres
teléfono fijo	celular	correo electrónico (titular)	
nombre del paciente -asegurado- que efectúa el gasto		parentesco	fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) / /
isapre	síntoma que originó la visita al médico		fecha primeros síntomas
continuación del tratamiento SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	en caso de continuación de tratamiento, dar una referencia del caso		
en caso de accidente: indique la causa	fecha del accidente (dd / mm / aaaa) / /	lugar del accidente	
gasto: fecha del gasto (dd / mm / aaaa) / /	fecha presentación del gasto a la Cía. / /	N° de documentos	monto del gasto a cobrar a la Cía.

**declaración del asegurado**

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Compañía de Seguros, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.



**declaración del médico tratante**

nombre del paciente	fecha de consulta o inicio tratamiento (dd / mm / aaaa) / /		firma y timbre médico tratante	
rut prestador (médico)	nombre médico profesional	especialidad	registro	teléfono
causa consulta: embarazo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	otra causa (indicar)	diagnóstico		
fecha concepción / /	fecha primeros síntomas / /			
tratamiento indicado (breve detalle, medicamentos tiempo)				

**certificación empresa contratante**

razón social empresa	N° póliza	fecha envío a Cía. de Seguros	firma empresa
Certificamos que el asegurado titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su seguro estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos dentales y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el seguro indicado.			



**COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

N° 30342330

Señor(a) Asegurado Titular: este Recibo es para su información del número de Solicitud de Reembolso. Complételo, córtelo y guárdelo.

nombre asegurado titular	rut	fecha
--------------------------	-----	-------

Yo, como Asegurado Titular, recibo conforme comprobante de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

**Instrucciones para el asegurado titular**

1. Completar un formulario por cada asegurado paciente y por cada diagnóstico (Puño y Letra del Asegurado).
2. No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Asegurado y la Declaración de Médico Tratante".
3. El plazo de presentación de sus gastos es de 30 días, a contar de la fecha de la presentación médica, en caso de hospitalización, 30 días a contar de la fecha que la Isapre efectúa la liquidación.
4. Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias).
5. Los gastos por medicamentos.
  - a) Las recetas deben indicar el nombre completo del paciente, escrito por el médico tratante.
  - b) La receta debe ser timbrada por la farmacia donde compró el o los medicamentos.
  - c) En la boleta o comprobante de pago, se debe indicar el detalle de los medicamentos adquiridos y su costo unitario.
  - d) Las recetas a permanencia deben ser renovadas cada 6 meses y para solicitar el reembolso, se aceptará fotocopia con timbre original de farmacia.
  - e) Para los medicamentos de "uso controlado" debe adjuntarse fotocopia de receta o de orden médica con timbre original de la farmacia.
6. Si su Isapre no cubre algún gasto amparado bajo el contrato de su póliza de Seguros en Vida Security, debe indicarse los fundamentos por los cuales no se otorgaron dichos beneficios, además del timbre de su Isapre de "No Bonificable".

**Cláusula con derecho a oposición de liquidar en forma directa**

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo N° 1055, 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 la presentación a la Compañía de Seguros, oponerse a la liquidación directa, solicitándole por escrito que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo.

**Procedimiento de Liquidación de Siniestros DS 1055**

**Artículo 26.- Impugnación del informe de liquidación.** Recibido el informe de un liquidador registrado, la compañía de seguros y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, sólo el asegurado estará facultado para impugnar el informe de liquidación, dentro del plazo mencionado anteriormente. En el caso que la liquidación directa por el asegurador determine la procedencia del pago de la indemnización y su monto en el respectivo informe de liquidación, la compañía de seguros deberá proceder a su pago en el plazo de 6 días. Impugnado el informe de liquidación, el liquidador o la compañía aseguradora, en su caso, deberá dar respuesta a dicha impugnación dentro del plazo de seis días contado desde su recepción. La respuesta del liquidador a las impugnaciones efectuadas se remitirá al asegurado y asegurador, en forma simultánea.

**Artículo 27.- Pago de la indemnización.** Si dentro del plazo de 5 días de concluido el proceso de liquidación, persistieran las diferencias entre el asegurador y el asegurado respecto del monto de la indemnización o sobre su procedencia, la compañía de seguros deberá notificar al asegurado su resolución final respecto al siniestro. Se entenderá concluido el proceso de liquidación, una vez que sean contestadas las impugnaciones o vengán los plazos para impugnar. El siniestro deberá ser pagado por la compañía de seguros dentro de los 6 días siguientes de notificada la resolución de la compañía de seguros respecto de la procedencia del pago de la indemnización, salvo que la póliza disponga un plazo distinto el cual, en todo caso, no podrá exceder de los 6 días señalados anteriormente en el caso de pólizas depositadas en la Superintendencia. En el mismo plazo, deberá ponerse a disposición del asegurado la suma no disputada, si la hubiere. En la decisión final de la compañía de seguros, deberá siempre informarse al asegurado su derecho a recurrir al procedimiento establecido en la póliza, o al que corresponda conforme la ley, para reclamar el pago de su pretendida indemnización o solucionar las dificultades que subsistan.

**Solicitud de Reembolso  
Gastos Dentales**

**antecedentes del asegurado**

rut asegurado titular	apellido paterno	apellido materno	nombres
teléfono fijo	celular	correo electrónico (titular)	
nombre del paciente -asegurado- que efectúa el gasto		parentesco	fecha nacimiento (dd / mm / aaaa)
isapre	síntoma que originó la visita al dentista	fecha primeros síntomas	
continuación del tratamiento SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	en caso de continuación de tratamiento, dar una referencia del caso		
en caso de accidente: indique la causa	fecha del accidente (dd / mm / aaaa)	lugar del accidente	
gasto: fecha del gasto (dd / mm / aaaa) / /	fecha presentación del gasto a la Cía. / /	N° de documentos	monto del gasto a cobrar a la Cía.

**declaración del asegurado**

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Compañía de Seguros, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos (o dentistas), o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos dentales.

Firma Asegurado

**declaración del odontólogo tratante**

nombre del paciente	fecha de consulta o inicio tratamiento (dd / mm / aaaa) / /		
rut odontólogo	nombre odontólogo	N° registro	teléfono

**detalle tratamiento efectuado**

pieza	detalle de prestación	fecha de atención	valor unitario	monto total	total
					\$
laboratorio					

**ortodoncia; tratamientos prolongados (completar por odontólogo, según instrucciones en el reverso)**

Tipo de aparatos	fecha de instalación / /	fecha 1 <sup>er</sup> control / /	duración tratamiento aprox.	valor clínico aparatos	valor controles mensuales
comentarios del odontólogo				firma y timbre odontólogo	

**certificación empresa contratante**

razón social empresa	N° póliza	fecha envío a Cía. de Seguros	firma empresa
Certificamos que el asegurado titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su seguro estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos dentales y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el seguro indicado.			



**COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

N° 30651796

Señor(a) Asegurado Titular: este Recibo es para su información del número de Solicitud de Reembolso. Complételo, córtelo y guárdelo.

nombre asegurado titular	rut	fecha
--------------------------	-----	-------

Yo, como Asegurado Titular, recibo conforme comprobante de Solicitud de Reembolso de Gastos Dentales que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

**Instrucciones para el Asegurado Titular**

1. Completar un formulario por cada asegurado paciente y por cada diagnóstico (Puño y Letra del Asegurado).
2. No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Asegurado y la Declaración de Médico Tratante".
3. El plazo de presentación de sus gastos es de 30 días, a contar de la fecha de cada prestación efectuada individualmente.
4. Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias).
5. Los gastos reembolsables sólo serán aquellos correspondientes a tratamientos terminados.

**Instrucciones para Odontólogo Tratante**

Con el objeto de que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, es de suma importancia que usted de puño y letra llene el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

1. Describa el tipo de prestaciones efectuadas, material y la cantidad.
2. Identifique el número de las piezas dentarias tratadas.
3. En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación, Disfunción, indique los valores Clínicos Unitarios Ej. Valor de los aparatos, valor de cada control, valor planos, provisorios laboratorios, etc.
4. Indique fecha de ejecución de cada una de las prestaciones Ej. Instalación, Primer Control, Cementación, etc.

**Cláusula con derecho a oposición de liquidar en forma directa**

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo N° 1055, 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 la presentación a la Compañía de Seguros, oponerse a la liquidación directa, solicitándole por escrito que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo.

**Procedimiento de Liquidación de Siniestros DS 1055**

**Artículo 26.- Impugnación del informe de liquidación.** Recibido el informe de un liquidador registrado, la compañía de seguros y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, sólo el asegurado estará facultado para impugnar el informe de liquidación, dentro del plazo mencionado anteriormente. En el caso que la liquidación directa por el asegurador determine la procedencia del pago de la indemnización y su monto en el respectivo informe de liquidación, la compañía de seguros deberá proceder a su pago en el plazo de 6 días. Impugnado el informe de liquidación, el liquidador o la compañía aseguradora, en su caso, deberá dar respuesta a dicha impugnación dentro del plazo de seis días contado desde su recepción. La respuesta del liquidador a las impugnaciones efectuadas se remitirá al asegurado y asegurador, en forma simultánea.

**Artículo 27.- Pago de la indemnización.** Si dentro del plazo de 5 días de concluido el proceso de liquidación, persistieran las diferencias entre el asegurador y el asegurado respecto del monto de la indemnización o sobre su procedencia, la compañía de seguros deberá notificar al asegurado su resolución final respecto al siniestro. Se entenderá concluido el proceso de liquidación, una vez que sean contestadas las impugnaciones o vengán los plazos para impugnar. El siniestro deberá ser pagado por la compañía de seguros dentro de los 6 días siguientes de notificada la resolución de la compañía de seguros respecto de la procedencia del pago de la indemnización, salvo que la póliza disponga un plazo distinto el cual, en todo caso, no podrá exceder de los 6 días señalados anteriormente en el caso de pólizas depositadas en la Superintendencia. En el mismo plazo, deberá ponerse a disposición del asegurado la suma no disputada, si la hubiere. En la decisión final de la compañía de seguros, deberá siempre informarse al asegurado su derecho a recurrir al procedimiento establecido en la póliza, o al que corresponda conforme la ley, para reclamar el pago de su pretendida indemnización o solucionar las dificultades que subsistan.