

**I. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o Beneficiario: \_\_\_\_\_

Isapre  Nombre Isapre  Fonasa  Otros

Síntomas que originaron la visita al médico: \_\_\_\_\_

¿Es continuación de tratamiento? Sí  NO

En caso afirmativo, indicar: N° Liquidación: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Anterior: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE ACCIDENTE INDICAR:**

Tipo de Accidente Laboral  Otros  Fecha de Atención

Breve Descripción del Accidente \_\_\_\_\_

**En caso de embarazo, indicar:**

F.U.R

Fecha Diagnóstico

Fecha Probable Parto

**Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los Médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.**

Declaro estar al tanto de que los antecedentes que originan esta solicitud tales como diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamientos, procedimientos, exámenes, etc., podrán ser de conocimiento de los funcionarios y personas que participan en el procedimiento de liquidación del siniestro, tanto en el traslado y manejo de la documentación pertinente, como en su evaluación, análisis y liquidación, por lo cual libero a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. de toda responsabilidad derivada del manejo de ésta.

**DETALLE DE DOCUMENTOS:**

Cantidad de Documentos \_\_\_\_\_ Monto Total Reclamado \$ \_\_\_\_\_ Fecha Presentación   
(DD / MM / AAAA)

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

**II. DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso Exclusivo)**

Agradeceremos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de Salud.

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (letra imprenta):

Fecha de Atención   
(DD / MM / AAAA)

Fecha inicio de síntomas que originaron la consulta   
(DD / MM / AAAA)

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad   
(DD / MM / AAAA)

Diagnóstico:

**TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:**

Período Tratamiento

Tratamiento prolongado o a permanencia

Sí  NO 

Detallar tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

**Datos del Médico**

Nombre: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Firma Médico: \_\_\_\_\_ RCM: \_\_\_\_\_

**III. INDICACIONES IMPORTANTES**

- La "Solicitud de Reembolso Gastos de Salud" debe ser completada por el Asegurado, llenando el recuadro titulado "Declaración del Asegurado". El médico debe llenar el recuadro "Declaración del Médico".
- El Asegurado debe presentar a la Compañía este formulario por cada solicitud de reembolso que presente.
- En el recuadro "Monto Total Reclamado", indicar el monto total de las diferencias no cubiertas por el Sistema Previsional de Salud (gastos efectivamente incurridos).
- Reembolso Gasto Ambulatorio: el Asegurado debe adjuntar a esta solicitud los documentos que se detallan de acuerdo a la cobertura de la póliza contratada.
  - Bonos o Reembolsos, copia Afiliado.
  - Órdenes médicas de interconsultas para prestaciones de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología, Psicopedagogía, etc., siempre que la póliza considere la cobertura. Deberá señalar el tipo de tratamiento y cantidad de sesiones.
  - En el caso de adquisición de lentes, será necesario la receta médica con la prescripción correspondiente y la boleta de compra o bono o reembolso del Sistema Previsional de Salud.
  - En el caso de adquisición de audífonos, será necesario la receta médica con la prescripción correspondiente y la boleta de compra o bono o reembolso del sistema previsional de salud.
  - En el caso de gastos de maternidad, adjuntar la ecografía obstétrica de confirmación del embarazo.
- Reembolso Gastos Hospitalarios: el Asegurado debe adjuntar a esta solicitud los documentos que se detallan de acuerdo a la cobertura de la póliza contratada.
  - Programa médico.
  - Bonos o reembolsos originales, copia Afiliado.
  - Boleta o factura por diferencia.
  - Prefactura (detalle cuenta Clínica).
  - Epicrisis con diagnóstico.
  - Protocolo operatorio y copia de resultado de exámenes, si corresponde.
- Gastos de Medicamentos: el Asegurado debe adjuntar a esta solicitud los documentos que se detallan de acuerdo a la cobertura de la póliza contratada.
  - Recetas de medicamentos deben señalar el nombre completo del paciente, fecha de emisión, identificación completa del profesional y posología; además deben ser firmadas de puño y letra por el Médico.
  - Las boletas de farmacias deben registrar el nombre y precio de cada medicamento. Aquellas boleta que sólo indiquen el total de la compra deben tener el detalle de los medicamentos junto a su respectivo valor, debidamente timbrado por la farmacia.
  - Para gastos por medicamentos con receta permanente o prolongada, adjuntar el original de la receta junto a la primera solicitud y fotocopia de ella en la solicitud de reembolsos posteriores. La receta original debe ser renovada cada seis (6) meses.
  - Para gastos por medicamentos de uso controlado, adjuntar a la solicitud una fotocopia de la receta médica debidamente timbrada por la farmacia.
- Continuaciones de Tratamiento:
  - En caso de tratamientos prolongados o permanentes, o de controles por maternidad, este formulario será completado por el Médico solamente la primera vez haciendo constar el tipo y período aproximado de tratamiento.
  - Las solicitudes de reembolsos para "Continuación de Tratamiento" podrán ser completadas sólo por el Asegurado, indicando el diagnóstico y N° de Liquidación anterior.
- En caso de accidente automovilístico, en primer lugar deberá utilizar las coberturas del SOAP, Isapre o Fonasa a la cual se encuentre afiliado. Si aún persiste diferencia enviar copia de gastos y liquidaciones efectuadas.

La liquidación del siniestro será practicada en forma directa por Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., pudiendo el Asegurado o Beneficiario oponerse dentro del plazo de cinco (5) días para lo cual deberá solicitar por escrito a la Compañía la designación de un liquidador oficial de siniestros acompañando copia de esta solicitud.

**USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

N° de Póliza \_\_\_\_\_ N° de Grupo \_\_\_\_\_

V°B° Liquidador \_\_\_\_\_ V°B° Contraloría \_\_\_\_\_