

## AUTORIZACION **GESTIÓN DE COBRO SEGURO**

Por la presente Yo, el suscrito, autorizo expresamente a Clínica ....., a gestionar con Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. en la cual me encuentro asegurado, la tramitación directa de la cuenta que se genere por los servicios hospitalarios que hubiese recibido, así como para entregar la información clínica que la Compañía solicite para proceder al cobro de las prestaciones médicas, y para recibir y percibir el pago de los montos que correspondan a la indemnización o reembolso de los gastos médicos incurridos, todo ello en virtud del seguro complementario de salud que mantengo vigente con la aseguradora, lo que previamente será confirmado.

Nombre Paciente			
Rut Paciente			
Nombre Titular Seguro			
Rut Titular			
Firma P/P			
Santiago		De:	202__

### **IMPORTANTE**

Las compañías de seguros pueden solicitar información o antecedentes adicionales para dar curso a la liquidación del evento, pudiendo objetar la liquidación por diversos motivos tales como:

- Coberturas no otorgadas.
- Preexistencia.
- Término de vigencia del asegurado en la póliza.
- Solicitud de antecedentes clínicos.
- Cartolas de Gastos de Salud de la Isapre, etc.

En estos casos, los antecedentes serán devueltos, con la indicación expresa de que debe ser el paciente quien presente en la Compañía los gastos e información adicional requerida.

Si lo anterior ocurre, la Clínica procederá a emitir la totalidad del copago al paciente, conforme los procedimientos establecidos, lo que se comunicará oportunamente con el fin de que se acerque a cancelar y retirar su cuenta para ser presentada por usted en su respectiva compañía de seguros.