



(Exclusivo para seguros Falabella)

IMPORTANTE: El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.

RUT	<input type="text"/>	Apellido Paterno	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Apellido Materno	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>		
Dirección (Calle, N°, Depto.)		<input type="text"/>			
E-Mail*	<input type="text"/>			Fono	<input type="text"/>
**Cuenta Vista	<input type="text"/>	**Cuenta Corriente	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
N° Cuenta:	<input type="text"/>	Banco:	<input type="text"/>		

*El correo electrónico y teléfono son importantes para mantener un flujo de información rápido y simple en el proceso de liquidación de siniestro y reembolso.
 **Contar con datos como la cuenta corriente disminuye los tiempos de entrega de reembolsos y los tramites para el cliente. De no entregar esta información el reembolso se hará a través de VV.

A pesar de la utilidad de esta información, si usted no quiere entregar estos datos de contacto, firme aquí: _____

RUT	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>
Causa de reembolso en caso de continuación de tratamiento o accidente:	Continuación de tratamiento <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>	
En caso de continuación de tratamiento indique:			
Diagnóstico	<input type="text"/>	Fecha de diagnóstico	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año
En caso de accidente indique lugar de ocurrencia:	Casa <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Trayecto casa/trabajo <input type="checkbox"/>
Relato del Accidente (indicando fecha, hora y lugar de la primera atención de Urgencia):			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Fecha de diagnóstico: Día Mes Año

Fecha de primero síntomas: Día Mes Año

En caso de Embarazo indique: Fecha Última Regla (FUR) Día Mes Año N° de semanas de gestación o embarazo:

¿Viene derivado de otro médico ha estado en tratamiento con otro facultativo por esta enfermedad? ¿Cuándo? ¿Desde cuándo?

¿Ha tenido hospitalizaciones previas por este u otro diagnostico?

Exámenes realizados que fundamentan el diagnostico, fecha y resultados

¿El diagnóstico actual es consecuencia directa de otra patología? ¿Cuál?

Nombre del profesional médico

Especialidad

Especialidad

Solo para Obecidad

Índice de Masa Corporal (IMC): Precise IMC de hace 2 años, 4 años y 6 años si lo conoce a la fecha de la cirugía

Hace 1 año _____ Hace 2 años _____ Hace 4 años _____ Hace 6 años _____ Hace 8 años: _____

Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios a los entregados por el Sistema de Salud Previsional (FONASA) o por las instituciones de Salud Previsional (Isapres), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales antes descritos, deberá incluir el comprobante del gasto con el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura. Confirmando la exactitud de mis declaraciones y faculto a la Compañía de Seguros a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos o lo de mis asegurados dependientes, como también autorizo a los facultativos o instituciones a entregar a la misma todos los antecedentes a objeto de analizar esta solicitud de reembolso conforme a lo dispuesto en el Art. 127 del Código Sanitario, modificado por la ley 19.628.

Aquellos siniestros pagados o rechazados no constituyen precedente para futuros siniestros, por lo que cada siniestro será evaluado en forma independiente.