

SOLICITUD PARA REEMBOLSO
DE GASTOS MÉDICOS

Los beneficios otorgados por BBVA Seguros de Vida son complementarios a las entregados por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) o por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales antes descritos, en el caso que estos no sean bonificados por estos deberán ingresar con timbre que lo indique.

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

1. DATOS DEL CONTRATANTE (De puño y letra del Asegurado Titular)

RUT:	Nombre razón social:	Póliza:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De puño y letra del Asegurado Titular)

C.I.:	Nombre razón social:	Póliza:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>	

3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (Paciente)

Nombre del Paciente:	Relación o parentesco con Asegurado titular (si es otro especifique)			
<input type="text"/>	El Mismo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Hijo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="text"/>
Sistema Previsional:	Fonasa <input type="checkbox"/>	Isapre <input type="checkbox"/>	Sin <input type="checkbox"/>	Otro <input type="text"/>
Otros Seguros O Beneficios De Salud. Indique Compañía:	<input type="text"/>			

¿Ha Sido Derivado O Tratado Por Este Mismo Diagnóstico Por Otro Médico?

Si ☐ No ☐

Nombre del Médico:

Especialidad del Médico:

Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Accidente ☐ Continuación del tratamiento ☐

En caso de enfermedad o continuación de
tratamiento indique:

Diagnóstico: Fecha de Diagnóstico: / /

En caso de embarazo indique:

FUR: N° Semanas de gestación:

Encaso de accidente indique Lugar de
ocurrencia:

Casa ☐ Trayecto Casa-Trabajo ☐ Vehículo particular ☐
Locomoción colectiva ☐ Otro:

Detalle brevemente cómo ocurrió accidente, indicando además fecha,
hora del suceso y lugar de la primera atención de urgencia:

adelante.

SOLICITUD PARA REEMBOLSO
DE GASTOS MÉDICOS

Confirmando la exactitud de mis declaraciones y faculto a BBVA Seguros de Vida a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos o los de mis asegurados adicionales, 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 la Ley No 19.628 Art. 127 del código sanitario.

Total de gastos	Total del monto bonificado	Monto Reclamado	Fecha de la declaración	Firma del asegurado Titular
			/ /	

4. DECLARACION DEL MÉDICO TRATANTE (Estimado Dr., agradecemos completar la siguiente declaración)

Nombre del Paciente	Diagnóstico (en caso de embarazo indicar FUR y Nº de semanas de gestación)

Fecha de atención: / / Fecha de los primeros síntomas: / / Fecha de diagnóstico: / /

¿Cuándo fue consultado por primera vez sobre este diagnóstico?:

¿Ha tratado anteriormente al paciente? ¿Cuándo y por qué?:

Síntomas que originaron las visitas al médico:

TRATAMIENTO

Medicamento	Exámenes	Otros, especifique

Aquellos siniestros pagados o rechazados no constituyen un derecho para futuros siniestros, por lo que serán nuevamente evaluados.

5. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre		Especialidad	
I.C.M.	Teléfono de consultas	Fecha de declaración	Firma y timbre del Médico
		/ /	

adelante.

SOLICITUD PARA REEMBOLSO
DE GASTOS MÉDICOS**Sr. (a) Asegurado (a):****Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradeceremos considerar las siguientes indicaciones:**

1. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa, Bienestar u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
2. Las prestaciones no cubiertas por la Institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el cual no es reembolsable o si está fuera de la cobertura del plan de salud.
3. Deberá adjuntar todos los documentos originales de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada.
4. Para solicitar reembolso de medicamentos:
 1. Enviar receta original junto a la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos.
 2. Para recetas a permanencia por tratamiento prolongado, enviar en primer lugar la receta original y en los próximos reclamos, enviar fotocopias de ésta junto a la boleta de la farmacia y detalle de los medicamentos.
 3. Renovar la receta a permanencia cada 6 meses.
 4. Para recetas retenidas en la farmacia, enviar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento, señalando que el original queda en su poder por disposición del S.N.S.
5. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como: fotocopias de Pre facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. Ud. puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia y deberá indicar el diagnóstico inicial.
7. Si su plan incluye óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o seguro.
8. Para gastos de Psicología, Kinesiterapia, Fonoaudiología, envíe la orden médica para interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y número de sesiones.
9. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados en la póliza, no serán reembolsados por BBVA Seguros de Vida.
10. En caso de Accidente automovilístico o accidente laboral, se debe proceder según legislación vigente.
11. Se entiende como dirección del asegurado, la misma del contratante de la póliza.
12. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la prestación y la fecha de presentación de BBVA Seguros de Vida, no podrá ser superior a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Observaciones Departamento Médico:

Fecha de la evaluación	Nombre Liquidador Responsable	Firma Médico
/ /		

Observaciones Departamento de Beneficios:

Fecha de la evaluación	Nombre Responsable	Firma Médico Responsable

adelante.