

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS SEGURO CATASTROFICO Y COMPLEMENTARIO DE SALUD

(Exclusivo para seguros Falabella)

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

1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (DE PUÑO Y LETRA DEL ASEGURADO TITULAR)

RUT - Apellido Paterno Edad

Apellido Materno Nombres

Dirección (Calle, N°, Depto.)

E-Mail* Fono

**Cuenta Vista **Cuenta Corriente Celular

N° Cuenta: Banco:

*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: _____

2. ANTECEDENTES A COMPLETAR POR EL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)

RUT - Nombres

Apellido Paterno Apellido Materno

Causa de reembolso en caso de continuación de tratamiento o accidente: Continuación de tratamiento Accidente

En caso de continuación de tratamiento indique:
Diagnóstico Fecha de diagnóstico
Día Mes Año

En caso de accidente indique lugar de ocurrencia: Casa Trabajo Trayecto casa/trabajo

Relato del Accidente (indicando fecha, hora y lugar de la primera atención de Urgencia):

3. ANTECEDENTES A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE EN CASO DE ENFERMEDAD O EMBARAZO

Nombre del paciente

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico Fecha de primero síntomas
Día Mes Año Día Mes Año

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

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

¿Ha tenido hospitalizaciones previas por este u otro diagnóstico?

Exámenes realizados que fundamentan el diagnostico, fecha y resultados

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

Nombre del profesional médico

Especialidad RUT

Especialidad _____
Firma y timbre del Médico

Solo para Obesidad
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.