# SOLICITUD DE REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS

Colectivo Vida- Vida Individual- Accidentes Personales (Póliza Individual o Colectiva) - Enfermedad Catastrófica - Indemnización por enefermedad

Seguros Interamericana®
SEGUROS DE VIDA, AHORRO Y SALUD



Esta comunicación constituye suficiente notificación del siniestro a la Compañía, pero no libera de la obligación de presentar el formulario firmado en original con los documentos respectivos que se indican al final de esta declaración.

En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario.

Completar en los espacios señalados con letra lo más legible posible.

## IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Rut | Apellido Paterno

Apellido Materno | Nombres

Dirección (Calle, N°, Dpto.)

Comuna | Ciudad | Fono

## IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (si es distinto al asegurado)

Rut | Apellido Paterno

Apellido Materno | Nombres

Dirección (Calle, N°, Dpto.)

Comuna | Ciudad | Fono

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Rut | Apellido Paterno

Apellido Materno | Nombres

Vínculo con el Asegurado | Fecha de Nacimiento

N° de la(s) póliza(s) reclamada(s) 1 | 2 | 3 | 4

## DIAGNÓSTICO EN CASO DE CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO

Gastos $ | Reembolso Isapre o Fonasa $ | Gastos Reclamados $

Nro. de documentos presentados (Incluya las dos hojas de esta declaración).

## INFORMACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO

Actividad | Profesión

Último día que trabajó (Dia / Mes / Año) | Nombre de Isapre o Fonasa

## EN CASO DE SER ACCIDENTE DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS EN FORMA DETALLADA

Fecha del accidente (Dia / Mes / Año) | Hora del accidente | AM | PM

Lugar del Accidente

Razón por la cual el Asegurado se encontraba en el lugar del accidente.

## SEGUROS EN OTRAS COMPAÑÍAS

*En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario.

| | Cobertura contratada | Monto Asegurado UF | Compañía Aseguradora |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

Este documento cumple con el Art. 17 de la Ley 19.496.

AT015B1205

## DECLARACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA (sólo en el caso de 1°presentación de solicitud de reembolso por este evento)

Nombre del médico tratante

Nombre del paciente

Diagnóstico

¿Cuando se manifestaron los 1° síntomas?

¿Cuando consulto el paciente por 1° vez esta condición?

¿El paciente ha presentado alguna vez condición igual o similar a ésta? ☐ No ☐ Si (indique fecha)

Tratamientos efectuados

Rut médico

Firma y timbre del medico tratante

RCM

Fono

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros Interamericana.

Indicar centros de asistencia de las prestaciones

Firma del Reclamante

Fecha de Declaración (Dia / Mes / Año)

Timbre y Fecha de recepción Interamericana (Dia / Mes / Año)

Declaro bajo juramento que la información, documentos y antecedentes proporcionados corresponden a la realidad y son auténticos.

Autorización: Por medio del presente, autorizo a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a que suministre a La Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A. parte o toda la información relacionada con alguna enfermedad o accidente, historia médica, consultas, exámen o tratamiento y/o copias de todos los registros hospitalarios médicos del asegurado.

- El presente siniestro será liquidado directamente por la Compañía Aseguradora. El asegurado o beneficiario podrá solicitar liquidación externa en conformidad a lo dispuesto en el Decreto Ley N° 863.
- Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la liquidación, sin perjuicios de las gestiones y antecedentes que las circunstancias posteriormente exijan. En el caso de designación de un Liquidador externo, le será comunicado por carta.
- El presente formulario deberá ser impreso, llenado, firmado ambas hojas y entregado físicamente en las oficinas de la Compañía ubicada en Agustinas 640, Santiago o en cualquiera de nuestras sucursales a lo largo del país.

Cabe señalar que esta comunicación no libera de la obligación de presentar el formulario firmado en original con los documentos y antecedentes solicitados abajo para dar curso al proceso de la liquidación. Seguros Interamericana se guarda el derecho a no procesar la liquidación si no ha recibido toda la documentación que necesite para llevarlo a cabo.

Rut del Asegurado

Firma del Reclamante

Fecha de Declaración (Día / Mes / Año)

Timbre y Fecha recepción Interamericana (Día / Mes / Año)

## ANTECEDENTES BÁSICOS QUE DEBE ADJUNTAR CON LA PRESENTACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN EN LA COMPAÑÍA

☐ 1- Esta declaración de siniestro (hojas 1 y 2 debidamente firmadas y fechadas).
☐ 2- Fotocopia por ambos lados del carnet de identidad del asegurado.
☐ 3- Comprobantes de gastos originales, ya sean reembolsos, bonos, boletas o facturas.
☐ 4- En caso de compra de medicamentos, debe adjuntar boleta original con su detalle y receta médica.

En Caso de Accidente

☐ 1- Parte Policial (certificado policial no es válido) y resultado de la alcoholemia en caso de ser un accidente del tránsito e ir conduciendo un vehículo motorizado. En su defecto informe emitido por Fiscalía Regional del Ministerio Público correspondiente (reforma judicial penal).
☐ 2- Si es accidente del trabajo, adjuntar informe de la Mutual de Seguridad de Accidentes del Trabajo correspondiente.
☐ 3- Informe radiológico si corresponde.

En Caso de Enfermedad

☐ 1- Ficha Clínica del asegurado.
☐ 2- Informe del Médico Tratante que certifique el estado actual del asegurado.
☐ 3- Radiografías y exámenes practicados al asegurado, conjuntamente con su resultado.

Notas: El plazo de notificación es de 30 días, según lo señalado en el condicionado general POL 292015. Salvo si las condiciones particulares de su póliza indiquen otro plazo. Verifique que los documentos solicitados se adjuntan a la presente declaración.