

FORMULARIO SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

N° 9800023853

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.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 u otras coberturas de salud que tuviera contratada.
2. Para un rápido reembolso, es imprescindible que adjunte todos los documentos originales de los gastos presentados y que complete este formulario.
3. Para reembolsos de recetas, envíe la boleta timbrada por la farmacia con el detalle de los medicamentos. Si es boleta electrónica detallada, no será necesario el timbre de farmacia.
4. Para recetas a permanencia o por tratamientos prolongados, envíe la primera vez el original de la receta y luego fotocopia timbrada por la farmacia junto a la boleta. La receta original deberá ser renovada cada seis meses.

En caso de recetas retenidas por la farmacia, envíe fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento indicando que el original queda en su poder.

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 fotocopia de facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.

6. Usted puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia y deberá indicar el diagnóstico inicial.

7. Si su plan incluye reembolso de 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 estas interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y/o cantidad de sesiones.

9. Recuerde que las solicitudes de reembolso tienen un plazo máximo de presentación de 60 días a partir de la fecha del gasto.

10. En caso de accidente de vehículo motorizado, deberá hacer uso de la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales en la Compañía que esté asegurado el vehículo. Posteriormente deberá recurrir a su Isapre o Fonasa. Si aún existe diferencia, deberá enviarnos fotocopia de gastos y liquidaciones efectuadas.

11. En caso que el Comprobante de Isapre no tenga el nombre del paciente, deberá adjuntar fotocopia de la boleta o fotocopia de la credencial de Isapre, donde se indique el nombre del beneficiario y código de éste.

I. Asegurado Titular

| | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------|
| Nombre Completo | | RUT | | |
| N° Póliza | Sistema Previsional | Fonasa <input type="checkbox"/> | Isapre <input type="checkbox"/> | Nombre Isapre |
| Continuación de Tratamiento | Si es continuación de tratamiento, Indique diagnóstico | | | |
| Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | | |

II. Declaración Médica

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Nombre del Paciente (Asegurado Titular o Dependiente) | | RUT (Asegurado Titular o Dependiente) |
| Si no es continuación de tratamiento, complete la siguiente información: | | Diagnóstico |
| Fecha de Diagnóstico | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | dd mm aa | |
| Tratamiento Médico | | |
| Si es embarazo, indique: | F.U.R. | |
| N° Semanas | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | dd mm aa | |
| Nombre del Profesional Médico | | Rut |
| Especialidad | Teléfono | Fecha de Atención |

Firma y timbre del Especialista

III. Declaración Asegurado Titular

› Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualquier otra persona que me haya examinado y a todos los hospitales o cualquier otra institución para que suministre información completa (Adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros de Vida SURAMERICANA S.A.

Fecha _____ Firma de Asegurado _____

TE INVITAMOS A CONOCER OTRAS OPCIONES PARA SOLICITAR TU REEMBOLSO



App Reembolsos
Descárgala gratis



Reembolso WhatsApp
+569 4770 5793



Reembolso Web
seguros.sura.cl/colectivos