

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

BICEVIDA

FECHA INGRESO N° RECLAMO

I. DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE: FOURANE SPA

NOMBRE ASEGURADO TITULAR: PATRICIA BOANET RUT 24.980.024-9

NOMBRE PACIENTE - ASEGURADO BENEFICIARIO:

MOTIVOS QUE OBLIGAN A VISITAR AL MEDICO O INSTITUCION MEDICA

SI ES UNA CONTINUACION DE TRATAMIENTO, SIN MEDIAR CONSULTA MEDICA, POR FAVOR INDIQUE EL DIAGNOSTICO ANTERIOR Y LA FECHA EN QUE SE REALIZO ESTE.

DIAGNOSTICO ANTERIOR: FECHA DIAGNOSTICO

DETALLE DE LOS COMPROBANTES (POR FAVOR INDIQUE EL NUMERO DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<u>1</u>	<u>1</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<u>9729</u>
BONOS	REEMBOLSOS	BOLETAS FARMACIA	RECETAS	OTROS	TOTAL DOCUMENTOS	TOTAL \$

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO N° 1055, ART. 20), BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS A CONTAR DE LA FECHA DE DENUNCIA, Oponerse a la LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICITAR POR ESCRITO A BICEVIDA QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR EXTERNO. ESTA SOLICITUD PODRA REALIZARLA A TRAVES DE CARTA CERTIFICADA DIRIGIDA A AV. PROVIDENCIA 1806, PISO 2, PROVIDENCIA.

TAMBIEN POR ESTE MEDIO DECLARO CONOCER QUE TODOS LOS ANTECEDENTES QUE DAN ORIGEN A ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO, TALES COMO **DIAGNOSTICOS, MEDICAMENTOS PRESCRITOS, TRATAMIENTOS, ETC.**, SERAN DE CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE EVALUACION, LIQUIDACION Y TRASLADO DE INFORMACION Y QUE POR LO MISMO LIBERO A **BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** DE TODA LA RESPONSABILIDAD PRODUCTO DEL MANEJO DE LA MISMA. EN CASO DE QUE USTED REQUIERA QUE LA INFORMACION QUE ENVA A BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y LAS RESPUESTAS QUE DE ESTA EMANEN PRODUCTO DE LOS PROCESOS DE EVALUACION Y LIQUIDACION, SEA TRATADA EN FORMA **CONFIDENCIAL**, LE SOLICITAMOS HACERNOS SABER ESTA RESOLUCION POR ESCRITO MEDIANTE UNA CARTA INDICANDOLO Y REMITIR SUS DOCUMENTOS EN SOBRE CERRADO A NOMBRE DE DEPARTAMENTO DE SALUD, ROTULADO **CONFIDENCIAL**.

FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD (SALUD Y CATASTROFICO SI CORRESPONDE)

IMPORTANTE: SI USTED NO HA REGISTRADO SUS DATOS DE TRANSFERENCIA BANCARIA, LE SOLICITAMOS COMPLETARLOS PARA AGILIZAR EL PROCESO DE ENTREGA DE SUS REEMBOLSOS.

CTA. CTE. CTA. VISTA CTA. AHORRO N° CUENTA BANCO

CORREO ELECTRONICO:

FECHA FIRMA 21 10 22

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR



NO OLVIDE QUE PUEDE ENVIAR SUS REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS (CONSULTAS, EXAMENES Y MEDICAMENTOS) A TRAVES DE REEMBOLSO WEB

II. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

RAZON SOCIAL EMPRESA: RUT -

NOMBRE REPRESENTANTE:

FECHA PRESENTACION COMPANIA

FIRMA DEL REPRESENTANTE

CERTIFICAMOS QUE EL ASEGURADO ARRIBA SEÑALADO SE ENCUENTRA VINCULADO COMO EMPLEADO ANTIGUO Y QUE SU SEGURO ESTABA VIGENTE EN EL MOMENTO QUE OCURRIO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y QUE SUS DEPENDIENTES SE ENCUENTRA AMPARADOS POR LA POLIZA DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS.

III. DECLARACION DEL MEDICO

DOCTOR: PARA QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DE SU SEGURO DE SALUD, LE AGRADECEREMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

NOMBRE COMPLETO PACIENTE: RUT -

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (USAR LETRA IMPRENTA):

FECHA PRIMERA CONSULTA FECHA DIAGNOSTICO FECHA ATENCION SI ES EMBARAZO N° DE SEMANAS

EN CASO DE ACCIDENTE: DETALLE FECHA, LUGAR Y DESCRIPCION DEL MISMO

TRATAMIENTO: PERIODO DE TRATAMIENTO E INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE MEDICO:

ESPECIALIDAD:

RUT: TELEFONO:

FECHA FIRMA

FIRMA Y TIMBRE MEDICO