

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Los beneficios otorgados por BBVA Seguros de Vida son complementarios a las entregados por el Sistema 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 timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

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)

R.U.T.	Nombre o Razón Social	Nº de Póliza

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

R.U.T.	Nombre Completo	Edad
Correo electrónico:		

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="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro:
Sistema Previsional <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Sin Previsión <input type="checkbox"/> Isapre ¿Cuál?	Otros Seguros o beneficios de salud
¿Ha sido derivado o tratado por este mismo diagnóstico por otro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Indique Compañía o Institución..... Nombre del Médico:
Especialidad del medico:	

CAUSA DEL REEMBOLSO

<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Continuación de tratamiento
En caso de enfermedad o continuación de tratamiento indique: Diagnóstico		Fecha de Diagnóstico:	
En caso de embarazo indique: FUR.:		Nº Semanas de gestación o embarazo:	
En caso de accidente indique Lugar de ocurrencia <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Taryecto/casa/Trabajo <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Locomoción Colectiva <input type="checkbox"/> Otros			
Detalle brevemente cómo ocurrió accidente, indicando además fecha, hora del suceso y lugar de la primera atención de urgencia:			

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

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

Nombre del paciente	Diagnóstico (es caso de embarazo indicar FUR y Nº de semanas de gestación)		
Fecha de atención:	Fecha de los primeros síntomas:	Fecha de Diagnóstico:	
¿Cuánto 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 constituye un derecho para futuros siniestros, por lo que serán nuevamente evaluados.

5. DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombre		Especialidad	
I.C.M.	Teléfono de la consulta	Fecha de la declaración	Firma del médico

