

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

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

Rut: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

**Causa del Reembolso en caso de continuación de tratamiento o accidente:**  
Continuación de tratamiento  Accidente

En caso de continuación de tratamiento indique:  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

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 primeros síntomas:** \_\_\_\_\_

1. En caso de Embarazo indique:  
Fecha Última Regla (FUR): \_\_\_\_\_ N° de semanas de gestación o embarazo: \_\_\_\_\_

2. ¿Viene derivado de otro medico ha estado en tratamiento con otro facultativo por esta enfermedad? ¿Cuando? ¿Desde cuando?  
\_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido hospitalizaciones previas por este u otro diagnostico? \_\_\_\_\_

4. Exámenes realizados que fundamentan el diagnostico, fecha y resultados  
\_\_\_\_\_

5. ¿El diagnostico actual es consecuencia directa de otra patología? ¿Cual?  
\_\_\_\_\_

**Nombre del profesional médico:** \_\_\_\_\_

**Especialidad:** \_\_\_\_\_ **Rut:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del Médico

#### Sólo 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 los 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.