

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS



77214059

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre Empresa Contratante o Razón Social:

TECK QUEZADA BLANCA

N° Póliza:

Nombre Asegurado Titular:

MANUEL ZUSTOS JUANES

Rut Asegurado Titular:

13214259-P

Nombre Paciente:

MARIA CALISAYA VENEZAS

Mail:

MANUEL.ZUSTOS@TECK.CL

Relación con Asegurado Titular:

☐ El mismo ☒ Cónyuge ☐ Hijo

☐ Otro (especifique) _____

Sistema Previsional:

☒ Fonasa ☐ Isapre

☐ Otro (especifique) _____

Motivo Reembolso:

☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Accidente ☒ Continuación Tratamiento

Enfermedad o continuación tratamiento indicar diagnóstico:

ACCIDENTE

Lugar de Ocurrencia:

☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Vehículo Particular ☐ Otro (especifique) _____

☐ Trayecto/Casa/Trabajo ☐ Transporte Público

Fecha y hora de accidente: _____ Lugar primera atención de urgencia: _____

Descripción de cómo ocurrió el accidente: _____

Total Gastos Presentados

Cantidad de Documentos Anexos

Fecha de Solicitud

Firma Asegurado Titular

DECLARACION MÉDICO TRATANTE

Nombre Paciente:

MARIA CALISAYA VENEZAS

Fecha Atención (dd/mm/aaaa):

12/16/23

Fecha Diagnóstico (dd/mm/aaaa):

12/16/23

Diagnóstico (si es embarazo indicar FUR y semanas de gestación):

FIBROMIALGIA / ANEMIA

Tratamiento: Medicamentos/Exámenes/Otros especifique:

B. NOLINO X 6 meses

Rut Profesional:

9052918-1

Nombre Profesional:

Dr. Andrés Kuri

Especialidad:

Reumatología

ICM:

Firma y Timbre Profesional:

[Firma]

Por este medio certifico que las declaraciones son verídicas y faculto a la compañía de seguros a solicitar a mi médico tratante y establecimientos médicos, mis antecedentes médicos o los de mis asegurados dependientes y autorizo a los facultativos e instituciones a entregar a la Compañía todos los antecedentes conforme a lo dispuesto la Ley N° 19,628 con el objeto de hacer efectiva la cobertura asociada al seguro.

a) Los beneficios otorgados por el seguro de salud son complementarios a los entregados por el sistema de salud previsional del asegurado. En consecuencia, de las prestaciones no cubiertas por el sistema de salud previsional, deberá incluir en el comprobante de gasto, el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

b) Todas las comunicaciones sean al asegurado o a los beneficiarios, se efectuarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario.

c) A usted le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador independiente, en reemplazo de la liquidación de la compañía de seguros. En tal caso deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 días contados desde la fecha de la presente denuncia.