

Nota: NO fotocopiar este formulario si posee un número de folio

**SOLICITUD DE REEMBOLSO  
SEGURO ACCIDENTES PERSONALES**

Nº SINIESTRO	FECHA PRESENTACIÓN BENEFICIARIO	FECHA RECEPCION COMPAÑÍA
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE		Nº DE POLIZA

**I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO / ALUMNO (LETRA IMPRENTA)**

NOMBRE	RUT	
INSTITUCIÓN DE SALUD	FECHA DE NACIMIENTO	CURSO
TOTAL DOCUMENTOS ADJUNTADOS	TOTAL GASTOS PRESENTADOS	
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI ES CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO, Nº SOLICITUD ANTERIOR	

**II. DATOS DEL RECEPTOR DEL PAGO**

INDICAR A CONTINUACIÓN EL BENEFICIARIO DE LOS REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS QUE PROCEDAN DE ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO:

NOMBRE	RUT
--------	-----

**III. DATOS DEL ACCIDENTE**

FECHA DEL ACCIDENTE (DD/MM/AAAA): _____	HORA DEL ACCIDENTE:
LUGAR DEL ACCIDENTE:	
DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	

Conforme a lo señalado en la Ley N° 19.628 y 20584, autorizo expresamente a la Compañía para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos y autorizo a los médicos e instituciones que me han atendido para que remitan la información o copia de los archivos clínicos con la finalidad de que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mi gasto médico.

Si el asegurado es menor de edad esta declaración debe ser efectuada y firmada por su padre o madre.

FIRMA ASEGURADO TITULAR

FIRMA CONTRATANTE

**IV. DECLARACION MEDICO TRATANTE (LETRA IMPRENTA CLARA)**

NOMBRE DEL PACIENTE		RUT PACIENTE
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE		
FECHA DE ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE	DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO INDICADO		
NOMBRE Y ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE		
TELEFONO	RUT MEDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE

Sr. Asegurado:

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradeceremos considerar las siguientes indicaciones:

1. Debe completar siempre este formulario, sin embargo el médico tratante lo debe completar íntegramente sólo al iniciar el tratamiento ("Declaración Médico Tratante"), o si existiera alguna variación en el diagnóstico u otra observación importante.
2. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa, Bienestar u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
3. Las prestaciones **no cubiertas** por la institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el cual no es reembolsable o si está fuera de la cobertura del plan de salud.
4. Deberá adjuntar todos los documentos **originales** de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada, solo en caso de haber presentado éstos en otro seguro, se aceptarán fotocopias.
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: fotocopias de prefecturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados en la póliza, no serán reembolsados por la compañía aseguradora.
7. En caso de accidente automovilístico se debe proceder según legislación vigente.
8. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la compañía aseguradora, no podrá ser superior a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.
9. Todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como **diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamiento, etc.**, serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso de evaluación, liquidación y traslado de información, liberando a **Aseguradora Magallanes de Vida S.A.** de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

**Estas observaciones se realizan para mejor entender la forma en que opera el seguro. No obstante, es importante que conozca las Condiciones Generales y Particulares que rigen la póliza.**