

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES

Contratante: IND PROGRAMA PRODDAR Y PROGRAMA POTENCIAL 2018-2019
 para ser presentado Libre Elección
 POLIZA N° 7636240

Datos del Asegurado

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____

Previsión Salud (marque con una X):

FONASA ISAPRE NOMBRE _____ OTRO NOMBRE _____

TITULAR CARGA NO TIENE PREVISIÓN

DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____

RUT Paciente : _____ Disciplina: _____

Primera Atención realizada por este Accidente Continuación de Tratamiento

ORIGEN DEL ACCIDENTE (Indique cómo/cuándo/dónde, una pequeña descripción)

DECLARACIÓN MÉDICA (Para continuación de tratamiento)

Estimado Dr. (le agradeceremos completar la siguiente declaración)

Nombre del Paciente : _____

Diagnóstico : _____

Tratamiento Indicado: _____

Nombre del Médico : _____ Especialidad : _____

Fono: _____ RUT : _____ RCM: _____

Fecha de atención: _____

Firma y Timbre del Médico

FAVOR ADJUNTAR A ESTA NOTIFICACIÓN TODOS LOS DOCUMENTOS EN ORIGINAL QUE ACREDITEN ÉL O LOS

GASTOS INCURRIDOS EN ESTE ACCIDENTE			
Total Gastos \$		Total monto bonificado Isapre/Fonasa / Otro \$	
N° de documentos presentados		Total \$ gastos presentados (de cargo del Asegurado)	

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los Médicos o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los Hospitales o cualesquiera otras Instituciones que suministren información adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este reclamo a **Chubb Seguros Chile S.A.**

Cualquier información falsa que se declare en este formulario, será causal de no pago y libera de toda responsabilidad, por parte de **Chubb Seguros Chile S.A.**

Los gastos originados por concepto de las prestaciones médicas e institucionales que demande la atención a este paciente, serán cancelados directamente por Chubb Seguros Chile S.A., en un plazo máximo de 10 días hábiles recibida la factura. La Póliza se extiende a cubrir lesiones producto de Entrenamientos y Competencias.

IMPORTANTE: SI EL PACIENTE ACCIDENTADO ES ATENDIDO EN UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO DISTINTO DE LA MUTUAL DE SEGURIDAD, EL PACIENTE DEBERÁ HACER CANCELACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE SALUD QUE LE SEAN OTORGADAS, ASI COMO ESTABLECER LAS GARANTÍAS QUE LE SEAN SOLICITADAS. TODOS LOS COMPROBANTES QUE RESPALDAN LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE ACCIDENTE, DEBEN SER ENVIADOS EN ORIGINAL A LAS OFICINAS DE LA CÍA. DE SEGUROS CHUBB, UBICADAS EN MIRAFLORES N° 222 – PISO 11 – SANTIAGO CENTRO, ATENCIÓN: SRA. FRANCISCA VIVEROS, EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 60 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, PREVIAMENTE BONIFICADOS POR SU SISTEMA DE SALUD. CHUBB SEGUROS CHILE S.A., SOLO SERÁ RESPONSABLE HASTA LA CONCURRENCIA DE LOS MONTOS CUBIERTOS POR EL SEGURO PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE. ESTA PÓLIZA NO CUBRE ENFERMEDADES, SÓLO ACCIDENTES.

NOMBRE, RUT Y FIRMA RESPONSABLE ENCARGADO IND INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE **Firma del Deportista Asegurado en Nómina Vigente**

Fecha: _____