

**LIBRE ELECCIÓN**

**SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES**

Contratante:  
**INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE – Seguro para Deportistas de Alto Rendimiento**  
 para ser presentado Libre Elección  
 POLIZA N° 7643013

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: 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 90 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**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Deportista Asegurado en Nómina Vigente**

Fecha: \_\_\_\_\_