



DENUNCIO REEMBOLSOS GASTOS MÉDICOS

Seguro Complementario de Salud

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000, desde celular (02) 2782 5398 • www.consorcio.cl

Sr. Asegurado:
Sírvese leer las sugerencias del llenado de esta solicitud indicadas al reverso.

POLIZA N°:	
SOLICITUD N°	10000676267
N° DE DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA	

SECCIÓN A.- DECLARACIÓN MÉDICA

ESTIMADO PROFESIONAL MEDICO: LE AGRADECEREMOS COMPLETAR ESTOS ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE (ASEGURADO DEPENDIENTE O TITULAR)		FECHA EN QUE SE LE DIAGNOSTICO POR 1° VEZ ESTA ENFERMEDAD	
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/>	
DIAGNÓSTICO	PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO		
<input style="width: 90%;" type="text"/>	N° SEMANAS FUR	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/>	
TRATAMIENTO INDICADO			
<input style="width: 98%;" type="text"/>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL MÉDICO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
FECHA ATENCIÓN	R.U.T	FIRMA DEL PROFESIONAL	
<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	

SECCIÓN B.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

(Completar con letra imprenta excepto las áreas ennegrecidas)

ORIGINAL: COMPAÑÍA

NOMBRE DEL CONTRATANTE (EMPRESA)	RUT DEL ASEGURADO TITULAR
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR	
<input style="width: 98%;" type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO (Para mantener comunicación del gasto presentado)	
<input style="width: 98%;" type="text"/>	

En caso de no desear notificación vía correo electrónico, la comunicación deberá ser efectuada a la siguiente dirección

COPIA: ASEGURADO

SÍNTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MÉDICO	FECHA DE 1° SÍNTOMAS	PARA USAR SI ES CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/>	Diagnóstico <input style="width: 98%;" type="text"/> N° de Reclamo: <input style="width: 98%;" type="text"/>

NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DOCUMENTO	PRESTACIÓN	CÓDIGO PRESTACIÓN	TOTAL PRESTACIÓN	MONTO BONIFICADO POR ISAPRE	MONTO SOLICITADO A CONSORCIO	NUMERO DE EVENTOS
TOTAL							

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del decreto supremo N°1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la compañía de seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo decreto supremo.

FECHA

 / /

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

ABASCNS090 FSIC001-010713

Al llenar este formulario le agradeceremos considerar lo siguiente:

- 1.- Esta solicitud es utilizable sólo para reembolsos médicos de un paciente. No se debe utilizar, por ejemplo, para consultas medicas de 2 o más personas, o dos enfermedades distintas.
- 2.- Completar y presentar la presente solicitud acompañada de los documentos que la Isapre o Fonasa le entrega (copia afiliado) salvo para las prestaciones que no son cubiertas por ella, y en cuyo caso se debe adjuntar las boletas de honorarios médicos, con el timbre de la Isapre o Fonasa indicando que no es reembolsable.
- 3.- La sección A declaración médica deberá ser completada obligatoriamente salvo que se trate de una continuación de tratamiento, en cuyo caso sólo se requiere el llenado de la sección B indicando el Diagnóstico y el número de solicitud asociada (previamente registrada en la compañía).
- 4.- Los gastos incurridos por concepto de farmacia deberán ser presentados de la siguiente forma:
 - 4.1.- Enviar el original de la receta médica timbrada por la farmacia en conjunto con la boleta con el detalle de los medicamentos.
 - 4.2.- En casos de tratamientos a permanencia o prolongados, se debe enviar inicialmente el original de la receta médica, la cual será devuelta al asegurado con la visación de la compañía. Para las sucesivas solicitudes presentar fotocopia del documento visado.
 - 4.3.- Para medicamentos con recetas retenidas, enviar fotocopia del documento timbrado por la farmacia.