



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:

Sírvase leer las sugerencias del llenado de esta solicitud indicadas al reverso.

POLIZA N°:	
SOLICITUD N°	10000218634
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 DIAGNOSTICÓ POR 1° VEZ ESTA ENFERMEDAD	
DIAGNÓSTICO	PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO	N° SEMANAS	FUR
TRATAMIENTO INDICADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL MÉDICO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	
FECHA ATENCIÓN	R.U.T	FIRMA DEL PROFESIONAL	

SECCIÓN B.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

(Completar con letra imprenta excepto las áreas ennegrecidas)

NOMBRE DEL CONTRATANTE (EMPRESA)	RUT DEL ASEGURADO TITULAR						
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR							
CORREO ELECTRÓNICO	(Para mantener comunicación del gasto presentado)						
En caso de no desear notificación vía correo electrónico, la comunicación deberá ser efectuada a la siguiente dirección							
SÍNTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MÉDICO	FECHA DE 1° SÍNTOMAS						
PARA USAR SI ES CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO							
Diagnóstico							
N° de Reclamo:							
NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DOCUMENTO	PRESTACIÓN	CÓDIGO PRESTACIÓN	TOTAL PRESTACIÓN	MONTO BONIFICADO POR ISAPRE	MONTO SOLICITADO A CONSORCIO	NÚMERO 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

ORIGINAL: COMPAÑÍA

COPIA: ASEGURADO

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.