

**SOLICITUD REEMBOLSO GASTOS MEDICOS**

NOMBRE DE LA EMPRESA

DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

F-MAIL

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE 1º SINTOMA O ACCIDENTE

SINTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MEDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

FECHA / /

DIAGNOSTICO

\$

Nº DE DOCUMENTOS ANEXOS

Nº DE SINIESTRO ANTERIOR

FIRMA DEL ASEGURADO

DECLARACION MÉDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA ATENCION / /

DIAGNOSTICO

FECHA DIAGNOSTICO / /

TRATAMIENTO INDICADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

ESPECIALIDAD

RUT

TELEFONO

E-MAIL

FIRMA DEL PROFESIONAL

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella información solicitada por Colmena Seguros Vida y Salud S.A., a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley Nº 19.628, por este acto faculto expresamente a Colmena Seguros Vida y Salud S.A., para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía aseguradora para todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines

- 1 Conforme a lo señalado en el DS 1055, Informamos a Ud. que la liquidación de este siniestro será practicada directamente por Colmena Seguros.
- 2 De no requerirse mayores antecedentes, la compañía dispondrá el pago del siniestro en un plazo de 3 días hábiles, hasta un máximo de 10 días hábiles.
- 3 A usted, le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, en lugar de la liquidación directa por parte de esta Compañía aseguradora. En tal caso, deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 (cinco) días contados a partir de la fecha de esta denuncia.
- 4 Si así lo hiciera, una vez recibida la notificación de oposición a la liquidación directa, la Compañía notificará en los dos (2) siguientes días, el nombre del liquidador asignado para el caso.
- 5 Hacemos presente, que el liquidador designado tiene el derecho a rechazar el nombramiento dentro de tres (3) días siguientes a su designación, en cuyo caso deberá designarse un nuevo liquidador conforme a los plazos señalados en el punto 3), en caso que este también se opusiese, se vuelve a presentar otro liquidador y así sucesivamente hasta que se produzca la aceptación de algunos de los designados.
- 6 El plazo máximo legal para emitir el informe de liquidación es de 45 días. Salvo que razones justificadas pudiesen llevar a solicitar una prórroga a dicho plazo.
- 7 Finalmente, informamos que una vez recibido el informe de liquidación, Ud. tiene el derecho a impugnarlo en un plazo de 10 días.