

Nota: NO fotocopiar este formulario si posee un número de folio

SOLICITUD DE REEMBOLSO

N° SINIESTRO	FECHA PRESENTACIÓN BENEFICIARIO	FECHA RECEPCION COMPAÑIA
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE FUNDACION EDUC. INST. RAFAEL ARIZTIA RUT 65.078.420-0		N° DE POLIZA 01-66-001341 01-66-001342

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO / ALUMNO (LETRA IMPRENTA)

NOMBRE	RUT	
INSTITUCION DE SALUD	FECHA DE NACIMIENTO	CURSO
TOTAL DOCUMENTOS ADJUNTADOS	TOTAL GASTOS PRESENTADOS	
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	SI ES CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO, N° SOLICITUD ANTERIOR	

II. DATOS DEL RECEPTOR DEL PAGO

INDICAR A CONTINUACIÓN EL BENEFICIARIO DE LOS REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS QUE PROCEDAN DE ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO:

NOMBRE	RUT
--------	-----

FORMA DE PAGO DE REEMBOLSO

CUENTA CORRIENTE___ CUENTA VISTA___ CUENTA AHORRO___ CHEQUE___	N° CUENTA BANCARIA_____ BANCO_____
---	---------------------------------------

III. DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE (DD/MM/AAAA): _____	HORA DEL ACCIDENTE: _____
LUGAR DEL ACCIDENTE: _____	
DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE: 	

Conforme a lo señalado en la Ley N° 19.628 y 20584, autorizo expresamente a la Compañía para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos y autorizo a los médicos e instituciones que me han atendido para que remitan la información o copia de los archivos clínicos con la finalidad de que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mi gasto médico.

Si el asegurado es menor de edad esta declaración debe ser efectuada y firmada por su padre o madre.

FIRMA ASEGURADO TITULAR

FIRMA CONTRATANTE

IV. DECLARACION MEDICO TRATANTE (LETRA IMPRENTA CLARA)

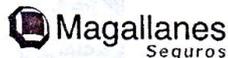
NOMBRE DEL PACIENTE		RUT PACIENTE
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE		
FECHA DE ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE	DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO INDICADO		
NOMBRE Y ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE		
TELEFONO	RUT MEDICO TRATANTE	FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE

Sr. Asegurado:

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradeceremos considerar las siguientes indicaciones:

1. Debe completar siempre este formulario, sin embargo el médico tratante lo debe completar íntegramente sólo al iniciar el tratamiento ("Declaración Médico Tratante"), o si existiera alguna variación en el diagnóstico u otra observación importante.
2. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa, Bienestar u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
3. Las prestaciones **no cubiertas** por la institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el cual no es reembolsable o si está fuera de la cobertura del plan de salud.
4. Deberá adjuntar todos los documentos **originales** de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada, solo en caso de haber presentado éstos en otro seguro, se aceptarán fotocopias.
5. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como: fotocopias de prefacturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados en la póliza, no serán reembolsados por la compañía aseguradora.
7. En caso de accidente automovilístico se debe proceder según legislación vigente.
8. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la compañía aseguradora, no podrá ser superior a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.
9. Todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como **diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamiento, etc.**, serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso de evaluación, liquidación y traslado de información, liberando a **Aseguradora Magallanes de Vida S.A.** de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

Estas observaciones se realizan para mejor entender la forma en que opera el seguro. No obstante, es importante que conozca las Condiciones Generales y Particulares que rigen la póliza.



PROTOCOLO DE ATENCION Y PROCEDIMIENTOS PARA

EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

A la comunidad escolar les informamos que para el año escolar 2015 se han contratado los seguros de Accidentes Personales y Escolaridad para los alumnos y sostenedores del colegio.

La compañía aseguradora es:

ASEGURADORA MAGALLANES DE VIDA S.A.

RUT: 76.213.329-6

DIRECCION: AV. ALONSO DE CORDOVA 5151. LAS CONDES. SANTIAGO

COBERTURA PÓLIZA DE ACC. PERSONALES

Protege a los alumnos los 365 días del año, las 24 horas del día, dentro del territorio nacional.

El alumno recibirá todas las atenciones médicas necesarias a causa de un Accidente, ya sean ambulatorias, hospitalarias y farmacéuticas, incluyendo los gastos derivados de un accidente Dental.

El Seguro de Accidentes Personales opera como complemento del Sistema de Salud de cada familia. Cubre el 100% de los reembolsos, hasta un **tope de UF 60 anual** para cada alumno, siempre y cuando estos gastos sean a consecuencia de las lesiones sufridas por un accidente y estén cubiertos por el Sistema de Salud Previsional del apoderado.

CONVENIOS

Para una mejor y más expedita atención, la compañía de seguros tiene convenio con la empresa Previsa, encargada de la gestión y tramitación de siniestros, que a su vez tiene convenio con los siguientes centros de atención:

IST: Instituto de Seguridad del Trabajo de Viña del Mar

Centra: Centro Traumatológico Viña del Mar

Clínica Reñaca

Asomel. Viña del Mar

Posteriormente se informara nuevos centros médicos que ingresen al convenio.

El convenio permite que el alumno cuando sea ingresado al Centro Asistencial sea atendido de forma preferencial, debiendo hacer uso del Sistema IMED (bono electrónico) por lo que no se le

costrará el copago, salvo que no pueda obtener el bono a través del sistema IMED. En ese caso el Centro Médico emitirá una boleta la cual debe ser presentada por el asegurado en su Isapre, Fonasa o su correspondiente sistema previsional de salud, para el reembolso correspondiente, la diferencia no cubierta será pagada por la Cía. De seguros a través de PREVISA. En caso que la boleta no sea reembolsada por su sistema de salud, se pagará el 50% de la prestación, ejemplo: Los Insumos (jeringa, gasa, vendas, etc)

No obstante, el alumno podrá ser atendido a través del sistema libre elección, en cualquier Clínica, Hospital o Centro de Atención Médica del país, debiendo pagar la prestación a través de su propio sistema de salud y posteriormente recurrir al seguro para obtener por medio del reembolso los gastos que no le fueron cubiertos.

PROCEDIMIENTO CON CONVENIO

El convenio permite que el alumno sea ingresado y atendido de forma inmediata, con las siguientes alternativas de pago:

1. IMED: Sistema de bono electrónico. El alumno o sostenedor se identifica con su huella digital dactilar, verificándose por vía electrónica su afiliación, con lo cual el sistema de salud autoriza la emisión del bono de copago de inmediato.

2. Bonos: El apoderado podrá entregar los bonos respectivos al momento de la atención o en forma posterior, en cuyo caso deberá dejar pagará firmado en blanco (depende del centro de atención), los que tendrán una duración de 5 días hábiles para ser reemplazados por los bonos correspondientes.

En todos los casos, el excedente no cubierto será reembolsado por la compañía de seguros, según tope y condiciones señalados en la "Cobertura".

En caso de atención Ambulatoria:

☑ El alumno ingresa, se identifica y su nombre será buscado en el sistema.

☑ El apoderado o quien la acompañe deberá llenar el Formulario de Denuncia de Accidente, disponible en los Centros de Atención o en Secretaría y el Sitio Web del colegio. Este formulario deberá ser completado y firmado también por el médico tratante.

En caso de Hospitalización:

☑ Si el accidente deriva en hospitalización, el apoderado será quien deberá realizar los trámites frente a su Sistema de Salud para luego solicitar el respectivo reembolso. Debe a su vez, dejar las garantías que la Clínica o Centro asistencial le soliciten.

Definición:

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos que afectan en su organismo al asegurado, tales como lesiones corporales causadas por ahogamiento y asfixia, heridas de armas de fuego, dilaceraciones, quemaduras de cualquier especie, estados septicémicos, torceduras y desgarramientos por esfuerzos repentinos, infecciones a causa de heridas externas e involuntarias, fracturas, luxaciones, cortaduras, golpes, caídas.

Están excluidas las enfermedades

LUGARES DE ATENCION

Oficina del Corredor de Seguros Sr. Raúl Belaunde, ubicada en Avda.O'Higgins 66 Quillota. Fono 2313869. E-mail patriciavicencio@belaunde.cl en los siguientes horarios: Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 horario continuado.

Oficina de PREVISA, ubicada en Avda. Marina 156 Of.11. Viña del Mar. Fono 2683175, email: efredes@previsa.cl, En los siguientes horarios de atención: de LUNES A VIERNES DE 9.00 A 13 HRS, TARDE DE 15 A 18 HRS. Días Viernes en la tarde solo hasta las 16 HRS.

DENUNCIA DE SINIESTROS

EN LA DENUNCIA DE ACCIDENTES DEBE NECESARIAMENTE INFORMARSE A QUIEN DEBE GENERARSE EL PAGO CORRESPONDIENTE AL REEMBOLSO, INDICANDO RUT, CTA.CTE. Y BANCO, E-MAIL Y UN N° DE CELULAR, para poder realizar la transferencia electrónica. En caso que el asegurado solicite el reembolso de gastos a través de cheque, se enviará directamente a la Oficina del Corredor Sr. Raúl Belaunde.

Los reembolsos de gastos se harán dentro de los 10 días hábiles una vez recibidos en PREVISA.

Para mayores antecedentes, la póliza por la cual se rige el contrato, sus coberturas, términos, condiciones y exclusiones está registrada en la SVS mediante código POL 320130085

FIRMAS EN CONFORMIDAD

Fundación Educacional Instituto

Rafael Ariztía

Raúl Belaúnde Herceg

Corredor de Seguros



EN AMBOS CASOS, LA SOLICITUD DE REEMBOLSO DEBE COMPLETARSE INDICANDO CTA. CTE, BANCO, RUN Y E-MAIL DEL SOSTENEDOR, PARA REALIZAR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

PROCEDIMIENTO LIBRE ELECCIÓN

En caso que la atención sea libre elección, esto es: En cualquier centro de atención que no esté en convenio, tanto ambulatoria como hospitalaria o bien, en un centro en convenio sin utilizar los mecanismos descritos.

El sostenedor deberá presentar el Formulario de Denuncia de Accidente acompañado de la orden médica, junto con todos los comprobantes que hayan generado gasto, después de haberlos presentado a su sistema de salud.

Dichos documentos se deberán llevar directamente a PREVISA o a la Oficina del Corredor de Seguros Sr. Raúl Belaunde.

PROCEDIMIENTOS GENERALES

Plazos

El beneficiario tendrá un **plazo de 90 días** desde ocurrido el accidente y emitido el documento, para presentar el aviso de siniestro y la documentación necesaria para el pago de la indemnización correspondiente.

Continuidad de Cobertura:

Si hay continuidad de tratamientos se deberán tramitar los bonos presentando el Denuncio de Siniestro, no necesariamente firmado por el doctor, en donde el sostenedor firme el documento y llene los datos del paciente, indicando que es continuidad de tratamiento y la fecha de ocurrencia del accidente inicial.

Accidentes de Tránsito:

En los casos que las lesiones provengan de un accidente de tránsito, se debe hacer uso en primer lugar del SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES (SOAP), de acuerdo a Ley Nº 18.490 y circular Nº 581, de 1986, de la Superintendencia de Valores y Seguros. Las diferencias no cubiertas por éste, serán de cargo de su Isapre y/o Fonasa, beneficios adicionales, y posteriormente lo restante, reembolsado por la Compañía de seguros.