CONSORCIO

DENUNCIO REEMBOLSOS GASTOS MÉDICOS
Seguro Complementario de Salud

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000, desde celular (02) 2792 5288 • www.consorcio.cl

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

POLIZA Nº:	
SOLICITUD Nº	
Nº DE DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA	

SECCIÓN A.- DECLARACIÓN MÉDICA

ESTIMADO PROFESIONAL MEDICO: LE AGRADECEREMOS COMPLETAR ESTOS ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE (ASEGURADO DEPENDIENTE O TITULAR)

DIAGNÓSTICO

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO — Nº SEMANAS — FUR

FECHA EN QUE SE LE DIAGNOSTICO POR 1° VEZ ESTA ENFERMEDAD

TRATAMIENTO INDICADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL MÉDICO — ESPECIALIDAD — TELÉFONO

FECHA ATENCIÓN — R.U.T — FIRMA DEL PROFESIONAL

Esta sección lo completa el médico

SECCIÓN B.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

(Completar con letra imprenta excepto las áreas enmarcadas)

NOMBRE DEL CONTRATANTE (EMPRESA) — NOMBRE EMPRESA

RUT DEL ASEGURADO TITULAR — Solo el rut de asegurado

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

Datos del asegurado NO deben faltar

SÍNTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MÉDICO

FECHA DE 1° SINTOMAS

PARA USAR SI ES CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO

Diagnóstico

N° de Reclamo:

En caso de que sea continuidad debes poner n° liquidación anterior pagada

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

No es necesario completar

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

PSICOM1-01 0713