

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSOS PARA CARGAS FAMILIARES EN SEGURO MÉDICO COMPLEMENTARIO

COMPAÑÍA ASEGURADORA: CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

PROVEEDOR DE ASISTENCIA: WORLD MEDICAL CARE.

PROCEDIMIENTO ANTE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA:

- **ASISTENCIA DIRECTA:**

Este procedimiento permitirá que sea el proveedor de asistencia el que derive a “EL ASEGURADO” al establecimiento que corresponda, dentro de la ciudad donde se encuentre y que además coordine directamente con el prestador médico, el pago de la atención.

Para estos efectos, “EL ASEGURADO” deberá comunicarse directamente con el proveedor de asistencia WORLD MEDICAL CARE:

- Fono: **56 (2) 25835906** o
- Correo electrónico: armadadechile@worldmedicalcare.com

- **REEMBOLSOS:**

En caso que no haya sido posible coordinar previamente la atención médica a través de la “Asistencia Directa” o ante una urgencia, donde se concurra directamente a un prestador de salud, se deberá solicitar posteriormente el reembolso de los gastos médicos incurridos.

Para activar el proceso de Reembolso “EL ASEGURADO” deberá enviar escaneado, al correo electrónico siniestros.chile@chubb.com, la siguiente documentación:

- “Solicitud de Reembolso y Declaración de Siniestros”. **(Se adjunta)**
- Documentos originales que acrediten los dineros desembolsados (Boleta y/o Facturas, documentos de atención, etc.) por “EL ASEGURADO” o carga familiar de este.

Una vez recepcionada en la compañía de seguros la solicitud de reembolso junto con la documentación de respaldo (escaneada), se procederá con la revisión de los antecedentes y evaluación, en concordancia con parámetros de tope de cobertura, según la prestación médica requerida, emitiéndose la liquidación correspondiente, la que será enviada por “EL ASEGURADOR” vía correo electrónico a “EL ASEGURADO”.

En caso de observaciones, “EL ASEGURADO” podrá hacerlo presente al correo electrónico armadadechile@worldmedicalcare.com para su análisis y reliquidación, si correspondiera. En toda circunstancia recibirá una respuesta de “EL ASEGURADOR”.

Los beneficiarios cubiertos por el Seguro de Salud tendrán un plazo de hasta **180 días corridos** desde producida la atención, para presentar válidamente las solicitudes de reembolso, incluso una vez terminado el contrato. “EL ASEGURADOR” tendrá a su vez un plazo de hasta **15 días corridos** para efectuar los reembolsos o hacer presente las observaciones a las solicitudes. Se entenderá que cualquier solicitud presentada válidamente, mantendrá la condición de válida mientras dure el proceso de análisis y eventual completación de antecedentes.

En caso que se requiera la presentación de documentos adicionales a los enviados escaneados, existirá un plazo de **90 días hábiles** para hacerlos llegar a la compañía de seguros.

TRÁMITES POSTERIORES

- Todos los antecedentes originales derivados de atenciones médicas, como asimismo las “Solicitudes de Reembolsos y Declaración de Siniestros”, cuando esta haya sido enviada, deberán ser remitidos al **Administrador Financiero del Sistema de Salud de la Armada**, objeto sean evaluados los casos donde a este Administrador Financiero le corresponda efectuar algún reembolso o cuando se requiera remitir a la Compañía de Seguros.
- Se otorga un plazo de **60 días** para la remisión de los documentos originales, desde la fecha de ocurrido el siniestro.

PUNTOS DE CONTACTO

- **DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL DE LA ARMADA**
 - **Nombre:** EP Rodrigo LARA Ramírez
 - **Correo electrónico:** rlara@armada.cl
 - **Teléfono:** (56) 32 284 8543
- **PROVEEDOR DE ASISTENCIA WORLD MEDICAL CARE**
 - **Teléfono:** 56 (2) 25835906
 - **Correo electrónico:** armadadechile@worldmedicalcare.com



SOLICITUD DE REEMBOLSO Y DECLARACIÓN DE SINIESTROS

Declaro que los gastos por los cuales mediante esta solicitud estoy reclamando, han sido efectivamente incurridos por mi y/o grupo familiar y que corresponden a gastos de salud que se encuentran cubiertos por el seguro de salud vigente entre la Armada de Chile y la compañía de Seguros Chubb de Chile Compañía de Seguros Generales S.A. Declaro la veracidad de los que estoy presentando, que nada he ocultado u omitido, asimismo, declaro que poseo los respaldos correspondientes y que estos serán remitidos en original a la compañía de seguro, mediante correo o valija que la Armada ha establecido con la Compañía de Seguros para estos efectos, en un plazo no superior a 90 días de recibida la documentación. Sin perjuicio de lo anterior, esta solicitud debe adjuntar escaneados o ser remitidos vía fax a la Compañía Aseguradora los documentos médicos que la respaldan. Autorizo a la compañía de seguros, que todo gasto que no proceda de acuerdo a la cobertura contratada o que erróneamente ha sido cobrado por mí, y que la compañía de seguros me hubiere pagado, será descontado del pago de futuros siniestros.

La dirección de correo para remitir escaneados a la Compañía todos los antecedentes que acrediten los gastos médicos efectuados, tales como boletas y facturas junto a este formulario completado en "todas" sus secciones, es:

COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA PERSONA QUE GENERA EL GASTO.

ASEGURADO TITULAR:

NOMBRES Y APELLIDOS:

RUT:

ASEGURADO AFECTADO:

NOMBRES Y APELLIDOS:

RUT:

FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO DEL PACIENTE CON TITULAR:

PAIS Y CIUDAD DE ORIGEN DEL(LOS) GASTO(S):

CAUSA QUE GENERÓ EL(LOS) GASTO(S)
(SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO):

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

DETALLE DE GASTOS:

N° DEL DOCUMENTO	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN	MONEDA (1)	MONTO GASTO	MONTO RECLAMADO A CIA.

(1): Indicar claramente la moneda de los valores que aquí se presentan. Su indicación no debe inducir a error alguno de la Compañía Aseguradora.

- SI UD OPTA POR DEPÓSITO EN UNA CUENTA CORRIENTE EN CHILE, SÓLO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN CUANDO ENVÍE SU PRIMER GASTO. NO OLVIDAR HACERLO NUEVAMENTE, SI CAMBIA SU CUENTA CORRIENTE.
- Usted debe indicarnos la modalidad que requiere para el pago de sus reembolsos, la modalidad que usted nos informe en esta oportunidad quedará registrada en la base de datos en Chubb Compañía de Seguros Generales S.A. para que a futuro todos sus reembolsos se rijan por esta instrucción.
- Marcar con una "X"

1) Abono a Cuenta Corriente abierta en Chile

Titular cuenta

Banco

N° Cuenta

Tipo Cuenta

Dirección Postal del Asegurado

2) Cheque en moneda del país de residencia(*)

(*) Para esta opción se emitirá cheque al asegurado y se enviará junto a la liquidación de reembolso a la oficina de nuestros representantes en la ciudad de residencia. En caso de no contar con un representante, se enviará a la dirección de correo postal informado por el asegurado.

FECHA DE SOLICITUD: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____