

# ¿Qué hacer en caso de Reembolso por Examen Preventivo?

## SEGURO SALUD MÁXIMA PROTECCIÓN

### PROCEDIMIENTO EXAMEN PREVENTIVO

Para utilizar el beneficio de reembolso de exámenes preventivos, usted deberá enviar a la casilla [siniestrosbcs@bancochile.cl](mailto:siniestrosbcs@bancochile.cl), indicando en asunto del mail reembolso por examen preventivo los siguientes documentos:

- ✓ Formulario de reembolso adjunto a continuación.
- ✓ Bono o boleta escaneado del examen realizado.

Además, debe indicar en el cuerpo del correo los siguientes datos:

- ✓ Rut y Nombre completo del asegurado que se realizó el examen
- ✓ Banco y N° de cuenta bancaria para el reembolso

Recibido los documentos antes mencionados, la compañía realizará el reembolso vía depósito en la cuenta indicada en formulario en un plazo máximo de 5 días hábiles.

No olvide considerar un peso máximo de 3MB en los documentos adjuntos.

### PASO 2:

- ✓ Existe un **plazo de 60 días** para presentar los antecedentes, contados desde la fecha de ocurrido el evento.

### IMPORTANTE:

EL SEGURO MAXIMA PROTECCIÓN REEMBOLSARÁ:  
**HASTA UF 0,6** (SI EL EXAMEN ES CUBIERTO POR EL SISTEMA PREVISIONAL) Y  
**HASTA UF 0,4** (SI EL EXAMEN NO ES CUBIERTO POR EL SISTEMA PREVISIONAL).

## FORMULARIO DE REEMBOLSO EXÁMENES PREVENTIVOS SEGURO SALUD MÁXIMA PROTECCIÓN

DATOS DEL ASEGURADO (OBLIGATORIOS Y LEGIBLES)	
Nombre Completo:	RUT:
Dirección particular:	
Comuna:	Ciudad:
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail*:	Fecha de Siniestro:

\*Toda la información respecto del beneficio será comunicada vía e-mail. En caso de alguna duda comunicarse al 800 210 023

DATOS DEL DENUNCIANTE (si es el asegurado no completar nuevamente)	
Nombre Completo:	RUT:
Teléfono:	Teléfono celular:
Mail*:	

PAGO DEL BENEFICIO	
Autorizo Medio de Pago:	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Vale Vista <input type="checkbox"/>
Nombre Titular Cuenta (Asegurado):	
N° de Cuenta Corriente:	Banco:
N° de Cuenta Vista:	

\*El pago del beneficio es realizado al asegurado. Si los datos indicados no corresponden al asegurado es emitido un vale vista

DETALLE DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA	
<input type="checkbox"/>	Bono o boleta del examen realizado
<input type="checkbox"/>	Formulario de Reembolso

\_\_\_\_\_  
Fecha Solicitud