**ANEXO 3**

**SOLICITUD DE REEMBOLSOS DE GASTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**Tipo de Reembolso solicitado**

[ ]  Gastos de Medicamentoso insumos Otro(Señalar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Gastos de ayudas técnicas

[ ]  Gastos de traslados

[ ]  Gastos de alojamientos

[ ]  Gastos de alimentación

[ ]  Gastos por concepto de atención médica

[ ]  Otro

**Documentación presentada**

[ ]  Receta otorgada por médico tratante

[ ]  Documento comprobante de citación o atención médica

**[ ]**  Boletos de traslados originales

[ ]  Boleta, factura, bono o cualquier documento que justifique la entrega de prestaciones médicas

[ ]  Documento comprobante de citación o atención médica

[ ]  Otros (especificar):

 **INDIQUE SU OPCIÓN PARA COBRAR EL MONTO DEL REEMBOLSO:**

[ ]  Yo en mi calidad de trabajador(a) afectado y solicitante del reembolso.

[ ]  Otra persona a quien yo autorizo por medio de:

 [ ]  Poder simple suscrito ante Notario o poder por escritura pública (el documento se adjunta a esta solicitud)

 [ ]  Copia de resolución judicial (caso de trabajadores(as) interdictos u otros)

 Se deben adjuntar el poder o la copia de resolución.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo de la persona que cobra:** | **RUN** |  |
| **x”** | **Modalidad para cobrar el reembolso (Marque con una “x” y complete)** |
|   | Banco**Estado** | Cuenta RUT Nº |  |
|   | Banco**Estado** | Tipo Cuenta y Nº |  |
|   | Banco Estado | Pago por caja(\*) |  |
|   | **Otro Banco (¿cuál?):** | Cta. Cte.   Nº |  |
| Cta. Vista Nº |  |
| Cta. Ahorro Nº |  |
|  |  |  |  |  |  |

(\*): En Banco Estado se puede realizar el pago en efectivo por caja y si el monto es superior al millón de pesos se entrega un vale vista. Si el pago se realiza por medio de Banco Estado, una vez que los dineros para el pago se encuentran en el Banco, hay un plazo de 60 días para cobrar, de no retirar el dinero, el Banco desactiva el pago, y esto significa que es necesario solicitar la revalidación de la operación, acción que se debe realizar en el Instituto de Seguridad Laboral. Una vez que se solicita la revalidación, el tiempo de espera para realizar el cobro nuevamente en Banco Estado es de 10 días hábiles.

**IMPORTANTE:**

* **El poder autorizado ante Notario o** por poder por escritura pública debe contener el siguiente texto **“otorgo poder, para que, en mi nombre y representación, la persona identificada en este poder cobre los beneficios de la Ley 16.744”.**
* **A menos que diga otra cosa, se considerará un año como vigencia del poder, desde su otorgamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA DEL TRABAJADOR(A)QUE DECLARA ESTOS ANTECEDENTES DE COBRONº C.I (RUN): |  | FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR EN ISL |

**INSTRUCCIONES**

|  |
| --- |
| PARA EL SOLICITANTE* Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
* Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.4. Adjunte los documentos correspondientes a la autorización otorgada a otra persona para cobro. |