

**ANEXO: POSTULACIÓN DEUDA MÉDICA (DIPRECA O EXTERNA).**

Si la solicitud es de deuda médica (DIPRECA O DEUDA EXTERNA), indicar institución que presto el servicio médico (clínica u hospital); la deuda y/o deudas que postula y si se ha efectuado el pago de cuotas (indicar número de cuotas y valor). Es importante que indique si ya operó el Seguro HELP y/o el Seguro Catastrófico en caso que la deuda supere las 100 UF. Asimismo, debe indicar en caso de que el paciente NO sea su carga en SEGURO HELP (es importante que lo mencione).

**Ejemplo:** HOSPITAL DIPRECA / \$800.000.- / \$250.000.- Operó SEGURO HELP.

Institución con la cual mantiene deuda	Deuda que postula	¿Ha pagado alguna cuota o aportado algún monto? (Indicar Valor)	* Cuanto solicita de aporte.
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
<b><u>Indicar a continuación si operaron los seguros correspondientes (SEGURO HELP y Seguro Catastrófico si corresponde:</u></b>			
<b><u>Si deuda es directa con clínica, informar a continuación datos de contacto del área de finanzas de la entidad:</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correo electrónico:</li> <li>- Teléfono:</li> </ul>			

Recordar que debe acompañar a la presente solicitud, toda la documentación respaldatoria:

- ✓ Informe de Prestaciones Médicas actualizadas (Fecha no puede sobrepasar 30 días hábiles desde su emisión).
- ✓ En caso deuda externa, acompañar Certificado de deuda emitido por institución con la que mantiene deuda actualizado (Fecha no puede sobrepasar 30 días hábiles desde su emisión).

## AUTORIZACIÓN

Yo, imponente de la Dirección de Previsión de Carabineros DIPRECA, autorizo a la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros de Chile, por intermedio de su Área Social o Gerencia, para requerir información personal que obre en poder de esa entidad, en particular relacionada con deudas médicas o préstamos por dicho concepto. Lo anterior al objeto de poder ser beneficiario de su Programa de Ayuda denominado Fondo Solidario de Salud.

*Nombre Socio:* \_\_\_\_\_

*Rut:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma:* \_\_\_\_\_



DOCUMENTOS QUE DEBE REMITIR JUNTO AL FORMULARIO SOCIAL.

<p><b>POSTULACIÓN DEUDA MÉDICA (DIPRECA O EXTERNA)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ En casos de deuda <b>DIPRECA</b>: Informe de Prestaciones Médicas Actualizadas (Fecha no puede sobrepasar 30 días hábiles de emisión)</li><li>✓ En caso de deuda <b>EXTERNA</b>: Certificado de deuda emitido por institución con la que mantiene deuda actualizado (Fecha no puede sobrepasar 30 días hábiles de emisión).</li><li>✓ Epicrisis Médica.</li><li>✓ Autorización Firmada.</li></ul>
--	---

Una vez completado el formulario se debe enviar en formato Word o PDF al correo [social@corporaciondeayuda.cl](mailto:social@corporaciondeayuda.cl) junto con documentación respaldatoria solicitada.

Si se logra determinar que toda o parte de la documentación que Ud. acompañó a la presente postulación del Fondo Solidario de Salud no corresponde a su realidad y/o a la de su familia, dichos antecedentes serán remitidos a la Comisión de Ética de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros de Chile, con tal que ésta evalúe las eventuales sanciones que pudieran ser aplicadas al socio solidario.

En caso de mantener alguna duda y/o consulta para completar ficha o proceso de postulación, pueden comunicarse con el área Social de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros, al número telefónico del Servicio Social de Lunes a Viernes de 08.00 am a 17.30 pm.

  **+569 77661241**