SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza Nº | | | | | | | | Certificado Nº | | | | RUT | | | | | | | | - | |

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre

Celular | | Email | |

DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre

Parentesco | | | | | | | | | | | | | | | RUT | | | | | | | | - | |

Indique con una "X" | | Primera Atención realizada por esta dolencia | | **Continuación Tratamiento**

ORIGEN DE LA DOLENCIA Si es a causa de un accidente, indique dónde, cómo y por qué sucedió

DECLARACION MEDICA

Estimado profesional médico: Le agradecemos completar estos antecedentes Nombre del paciente

Fecha de ocurrencia del accidente

Diagnóstico

Tratamiento indicado

Nombre del Profesional Médico | Especialidad | Teléfono

Fecha de atención | RUT | -

Firma y Timbre del Profesional

FAVOR ADJUNTAR A ESTA NOTIFICACION TODOS LOS DOCUMENTOS EN ORIGINAL QUE ACREDITEN EL O LOS GASTOS INCURRIDOS POR ESTA DOLENCIA

Nº documentos presentados (Incluida la notificación)

Total gastos presentados (de cargo del asegurado)

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, que suministren información (adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este reclamo) Formulario debe ser presentado con un máximo de 30 días corridos desde el accidente.

CERTIFICADO DEL CONTRATANTE

Fecha de Despacho	Timbre y/o Firma

Firma Asegurado