

## SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

### DATOS DEL ASEGURADO

Institución:  Certificado N°  RUT  -

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre

Celular  E mail

### 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 (Boletas, facturas y/o Bonos, más toda la documentación medica que respalde la atención (Cuenta, resultado exámenes, epicrisis, protocolos post operatorios, informes médicos, etc.)**

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 conformes a mi conocimiento y por este medio autorizo a todos los médicos o a alguna institución que se estime conveniente que me examinaron y a todos los hospitales o institución que suministren información (adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este solicitud).

### CERTIFICADO DEL CONTRATANTE

Fecha de Despacho  Timbre y/o Firma

Firma Asegurado