

**SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Institución:        
 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 (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 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 solicitud).

**CERTIFICADO DEL CONTRATANTE**

Fecha de Despacho      
 Timbre y/o Firma

Firma Asegurado