

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N° <input style="width: 80px;" type="text"/>	Certificado N° <input style="width: 80px;" type="text"/>	RUT <input style="width: 100px;" type="text"/>
Apellido Paterno <input style="width: 250px;" type="text"/>	Apellido Materno <input style="width: 250px;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 250px;" type="text"/>
Celular <input style="width: 150px;" type="text"/>	Email <input style="width: 200px;" type="text"/>	

DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno <input style="width: 250px;" type="text"/>	Apellido Materno <input style="width: 250px;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 250px;" type="text"/>
Parentesco <input style="width: 200px;" type="text"/>	RUT <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Indique con una "X" <input type="checkbox"/> Primera Atención realizada por esta dolencia		<input type="checkbox"/> 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 <input style="width: 550px;" type="text"/>	Fecha de ocurrencia del accidente <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Diagnóstico <input style="width: 550px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
Tratamiento indicado <input style="width: 950px;" type="text"/>		
Nombre del Profesional Médico <input style="width: 450px;" type="text"/>	Especialidad <input style="width: 200px;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 150px;" type="text"/>
Fecha de atención <input style="width: 100px;" type="text"/>	RUT <input style="width: 100px;" type="text"/>	
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

N° documentos presentados (incluida la notificación) <input style="width: 80px;" type="text"/>	Total gastos presentados (de cargo del asegurado) <input style="width: 80px;" type="text"/>
--	---

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)

CERTIFICADO DEL CONTRATANTE

Fecha de Despacho	Timbre y/o Firma
-------------------	------------------

Firma Asegurado