

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

EMPRESA CONTRATANTE

Poliza N° 0 0 0 0 0 0 -

Razón Social **COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL HUERTO – QUILLOTA**

RUT 81.682.800-7

DATOS DEL ASEGURADO/SOSTENEDOR

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Prevision (marque con una X)

FONASA

ISAPRE

Indicar nombre

DATOS DEL ALUMNO-PACIENTE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

RUT Paciente

Relación con el Asegurado (marque con una X)

Titular

Carga

Primera Atención realizada por este Accidente

Continuación de Tratamiento

ORIGEN DEL ACCIDENTE (Indique dónde, cómo y por qué ocurrió)

DECLARACION MEDICA

Estimado Dr. (le agradeceremos completar la siguiente declaración)

Nombre del Paciente

Diagnostico

Tratamiento Indicado

Nombre del Profesional Médico

Especialidad

Fono

RUT

Fecha de atención

Firma y Timbre del Profesional Médico

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

N° de documentos presentados

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 simunistren información adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este reclamo a

Itaú Chile Seguros de Vida S.A.

Firma del Asegurado