

SOLICITUD DE REEMBOLSO SEGURO
COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD
FORMATO INTERNET



53197009

PARA LLENAR CORRECTAMENTE ESTA SOLICITUD, AGRADECEREMOS LEER DETALLADAMENTE LAS INSTRUCCIONES

(Esta sección debe ser llenada por el asegurado titular)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Póliza N, R.U.T., Isapre

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Parentesco, R.U.T., Fecha de nacimiento, Continuación de tratamiento

Si es continuación de tratamiento, indique diagnóstico:

III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO

(Favor adjuntar los originales que acrediten el o los gastos incurridos por esta dolencia)

N° documentos presentados, Total gastos presentados (de cargo del asegurado) \$

IV. INFORME MEDICO TRATANTE (NO LLENAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO)

1.- Diagnóstico, 2.- ¿Cuándo consultó el paciente por primera vez sobre este diagnóstico?, 3.- Fecha de manifestación de los primeros síntomas, 4.a- ¿Ha sido el paciente derivado de otro médico que lo derivó?, 4.b- Nombre y especialidad del médico que lo derivó, 5.- Tratamiento, 6.- Si es embarazo indique: Número de semanas, F.U.R., Nombre del médico, Especialidad, Teléfono, R.U.T.

Fecha de solicitud, Firma y timbre médico

Por la presente autorizo a todo hospital, clínica, médico u otro profesional que nos haya prestado servicio a mí o a cualquier integrante de mi grupo familiar, a poner a disposición de Seguros de Vida SURA S.A. o de sus representantes debidamente acreditados, toda la información relacionada con las prestaciones que motivan esta solicitud de reembolso conforme lo dispone la Ley N° 19.628 y el artículo 127 del código sanitario.

Fecha, Firma del asegurado titular, Nombre y timbre empresa

©2016 Seguros de Vida SURA S.A. - Generado por Sura. - www.oficinavirtualsura.cl