

SOLICITUD DE REEMBOLSO SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD FORMATO INTERNET



PARA LLENAR CORRECTAMENTE ESTA SOLICITUD, AGRADECEREMOS LEER DETALLADAMENTE LAS INSTRUCCIONES

(Esta sección debe ser llenada por el asegurado titular)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Parentesco	R.U.T.: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Continuación de tratamiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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)

Nº 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?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
3.- Fecha de manifestación de los primeros síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
4.a- ¿Ha sido el paciente derivado de otro médico que lo derivó?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>									
4.b- Nombre y especialidad del médico que lo derivó	_____										
5.- Tratamiento:	_____										
6.- Si es embarazo indique:	Número de semanas	<input type="text"/>	F.U.R.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Nombre del médico	_____										
Especialidad	_____		Teléfono	_____		R.U.T.	<input type="text"/>				

Por la presente autorizo a todo hospital, clínica, médico u otro profesional que nos haya prestado servicio a mi 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