



SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

UNIVERSIDAD
VIÑA DEL MAR

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza Nº	<input type="text"/>	Certificado Nº	<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<hr/>							
Apellido Paterno	Apellido Materno			Nombre			
Celular	<input type="text"/>	Email <input type="text"/>					

DATOS DEL PACIENTE

<hr/>							
Apellido Paterno	Apellido Materno			Nombre			
Parentesco	<input type="text"/>	RUT	<input 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 type="text"/>	Fecha de ocurrencia del accidente	<input type="text"/>
Diagnóstico	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Tratamiento indicado	<input type="text"/>		
Nombre del Profesional Médico	<input type="text"/>	Especialidad	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Fecha de atención	<input type="text"/>	RUT	<input 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

Nº documentos presentados (incluida la notificación)	<input type="text"/>	Total gastos presentados (de cargo del asegurado)	<input 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