

Solicitud de reembolsos gastos médicos

FECHA DE RECEPCIÓN

N° POLIZA:

FB CORPORACIÓN DE SALUD SANTANDER

RUT:

73.338.200-7

Declaración del asegurado

RUT ASEGURADO TITULAR										NOMBRE ASEGURADO TITULAR									
RUT PACIENTE										NOMBRE PACIENTE									
RELACIÓN CON EL TITULAR (marque con una x)										EL MISMO			CÓNYUGE			HIJO(A)			
SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MÉDICO					FECHA DE LOS SÍNTOMAS					CONT. TRATAMIENTO		N° DE LIQU. ANTERIOR O DOLENCIA							
										SI		NO							
EN CASO DE ACCIDENTE INDICAR CAUSAS					FECHA ACCIDENTE					LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE									
Si el Socio o sus cargas con derecho a estos beneficios, tuviere vigente un Seguro que cubra estos Sinistros, debe indicarlo a continuación.																			
COMPAÑÍA DE SEGUROS					FECHA VIGENCIA					OBSERVACIONES									
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto a la Corporación de Salud Santander o a la Compañía de Seguros, para que requiera o solicite toda la información sobre mis antecedentes patológicos o los de mi (s) dependiente (s), como también a los médicos y/o instituciones, para que suministren la información completa o copias de sus archivos y fichas médicas, a objeto de analizar esta reclamación.																			
N° DOCUMENTO			TOTAL GASTOS SALUD			TOTAL BONIFICACION			DIFERENCIA RECLAMADA			FIRMA ASEGURADO							

Declaración médica (se debe completar por el médico tratante)

Estimado doctor: Para permitir a vuestro paciente aprovechar los beneficios del Seguro de Salud , solicitamos completar los siguientes antecedentes:														
NOMBRE PACIENTE												EDAD		
EMBARAZO			FECHA INICIO EMBARAZO			NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN					FECHA 1ra CONSULTA			
SI			NO											
DIAGNOSTICO ACTUAL												FECHA DIAGNOSTICO		
TRATAMIENTO INDICADO														
OBSERVACIONES														
RUT MÉDICO					NOMBRE MÉDICO									
ESPECIALIDAD					TELÉFONO			FECHA ATENCIÓN			FIRMA Y TIMBRE DEL MÉDICO			