SOLICITUD DE REEMBOLSO
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

sura

DECLARACION MEDICA

Nombre del Paciente	Edad Años
Diagnóstico	Su cuadro actual corresponde a un Accidente ☐ Si ☐ No
Fecha del Accidente o primeros síntomas	¿Cuándo consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha tenido el paciente alguna vez condición similar o igual a ésta? ☐ Si ☐ No

Describrir circunstancias del accidente, tratamiento indicado y tratamientos pendientes

Nombre del Médico	Teléfono	Especialidad

Fecha de Atención _____

Firma Médico Tratante

DECLARACION DEL ASEGURADO

Nombre Asegurado Titular	Nombre Contratante	Nº de Póliza

Nombre de la Isapre donde se encuentra Afiliado

Naturaleza de la dolencia (Si la dolencia se debió a causa de un accidente, indique donde, por qué y cómo pasó)

USAR SI ES CONTINUACION DEL TRATAMIENTO

Diagnóstico	Nº de Siniestro Anterior

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto irrevocablemente a Seguros de Vida SURA S.A. para que requiera o solicite toda información sobre mis antecedentes patológicos o los de mi(s) dependiente(s); como también a los médicos y/o instituciones para que suministren a la Compañía la información completa o copias de sus archivos, a objeto de analizar esta reclamación.

									–	

Fecha RUT Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

USO DE LA COMPAÑIA

Fecha Recepción Compañía	Nº de Siniestro	Monto del Reclamo $	Monto Pagado $