

## 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 Siniestros, 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 BONIFICACIÓN			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			FECHA Y FIRMA DEL MÉDICO			