

**SOLICITUD DE REEMBOLSO
ACCIDENTES PERSONALES**

Póliza N°	Item N°	Desde	Hasta	N° Siniestro		Código
		Vigencia		Liquidador		

**I. Datos del
contratante**

RUT

Nombre o Razón social del
contratante**II. Datos del asegurado**

RUT

Nombre Completo

Fecha de nacimiento

Tipo de previsión

Observaciones (siniestros
anteriores u otras):**III. Datos receptor del
pago**

RUT

Nombre Completo
(Alumno mayor de edad/
Padre/Madre/otro)**III. Datos accidente**

Fecha

Hora

Lugar del accidente

Descripción como ocurrió
el accidente**NOTA: EL MEDICO TRATANTE DEBERA COMPLETAR EL CUESTIONARIO AL REVERSO**

Fecha

Firma del reclamante

SOLICITUD DE REEMBOLSO ACCIDENTES PERSONALES

ESTA SELECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO O CIRUJANO

Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas. Indispensables para permitir a su paciente aprovechar los beneficios del seguro. Agradecemos su colaboración.

V. Datos del contratante

		RUT	
Nombre completo		Especialidad	
Nombre paciente		Edad	
Diagnóstico			
¿Cuándo ocurrió al accidente?			
¿Proviene los daños a su juicio del accidente que describe el asegurado?			
Observaciones y/o tratamiento indicado			
Fecha	/	/ 20	Firma Medico cirujano

Para usos de la compañía de seguros solamente

Observaciones area siniestro

V°B° / Fecha

Evaluación Médica

V°B° / Fecha
