

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

Contratante: INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE
Seguro Para Deportistas De Alto Rendimiento
POLIZA N° 223102534

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____

RUT Paciente :

Relación con el Asegurado (marque con una X) Titular **Carga Isapre**

Primera Atención realizada por este Accidente **Continuación de Tratamiento**

ORIGEN DEL ACCIDENTE (Indique lugar dónde, cómo y por qué ocurrió)

DECLARACION MEDICA (Para continuación de tratamiento)

Estimado Dr. (le agradeceremos completar la siguiente declaración)

Nombre del Paciente :

Diagnostico :

Tratamiento Indicado:

Nombre del Profesional Médico : **Especialidad :**

Fono: **RUT :**

Fecha de atención

Firma y Timbre del Medico

NOTA: ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS EN ORIGINAL QUE ACREDITEN EL O LOS GASTOS INCURRIDOS EN ESTE ACCIDENTE, PARA SU REEMBOLSO

Total Gastos \$		Total monto bonificado Isapre/Fonasa \$	
N° de documentos presentados		Total \$ gastos presentados (de cargo del Asegurado)	

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 a **COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A.**

IMPORTANTE: TODOS LOS COMPROBANTES QUE RESPALDAN LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE ACCIDENTE, DEBEN SER ENVIADOS ESCANEADOS A LOS SIGUIENTES CORREOS: PILAR_GUTIERREZ@BECKETT.CL FRANCISCO_NARANJO@BECKETT.CL KATHERYNE_PARRA@BECKETT.CL, EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 180 DIAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, EN ORIGINAL, PREVIAMENTE BONIFICADOS POR SU SISTEMA DE SALUD. (ISAPRE / FONASA)

COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A., SOLO SERÁ RESPONSABLE HASTA LA CONCURRENCIA DE LOS MONTOS CUBIERTOS POR EL SEGURO.

NOMBRE, RUT Y FIRMA ENCARGADO RESPONSABLE

Contratante: INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE

Firma del Asegurado TITULAR

Fecha: _____