

**SOLICITUD DE REEMBOLSO  
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE**



**DECLARACION MEDICA**

Nombre del Paciente <b>NOMBRE DEL ALUMNO</b>		Edad <b>ALUMNO</b> Años
Diagnóstico <b>DOCTOR ESCRIBE</b>	Su cuadro actual corresponde a un Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Describir circunstancias del accidente, tratamiento indicado y tratamientos pendientes

**ESCRIBE EL DOCTOR.**

Nombre del Médico	Teléfono	Especialidad
-------------------	----------	--------------

Fecha de Atención \_\_\_\_\_

Firma Médico Tratante \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL ASEGURADO**

Nombre Asegurado Titular	Nombre Contratante <b>CGPA ISM</b>	Nº de Póliza <b>DEJAR EN BLANCO</b>
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)

**DESCRIBIR ACCIDENTE BREVEMENTE**

**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

7	1	5	1	5	4	0	0	-	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RUT Asegurado Titular

**(PRESENTACIONAL CGPA)**

**SIN FIRMA**

Firma del Asegurado Titular

**USO DE LA COMPAÑIA**

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