# SOLICITUD DE REEMBOLSO
# GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

sura

## DECLARACION MEDICA

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente | Edad<br>Años |

| | |
|---|---|
| Diagnóstico | Su cuadro actual corresponde a un Accidente<br>☐ 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<br>$ | Monto Pagado<br>$ |

GPVG 002-K - Dimagraf - 01/2012 (1)