



SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

Datos del Asegurado

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____

Previsión Salud (marque con una X) FONASA ISAPRE NOMBRE _____

RUT Paciente :

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

Primera Atención realizada por este Accidente Continuación de Tratamiento

ORIGEN DEL ACCIDENTE (Indique 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 : _____

FAVOR ADJUNTAR A ESTA NOTIFICACION TODOS LOS DOCUMENTOS EN ORIGINAL QUE ACREDITEN EL O LOS GASTOS INCURRIDOS EN ESTE ACCIDENTE

Total Gastos \$		Total monto bonificado Isapre/Fonasa \$	
Nº 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 simunistren información adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este reclamo a **Ace Seguros S.A.**

Firma del Asegurado