

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

FECHA DE RECEPCION CIA.	
--------------------------------	--

PARTE 1 DATOS DEL ASEGURADO CONTRATANTE

NOMBRE /APELLIDOS	RUT ASEGURADO
NUMERO DE POLIZA	

PARTE 2 DATOS DEL ASEGURADO O ALUMNO

NOMBRE /APELLIDOS	RUT
FECHA NACIMIENTO	FECHA ACCIDENTE
TIPO DE SISTEMA PREVISIONAL	
<input type="checkbox"/> Isapre Nombre de Institución	-----
<input type="checkbox"/> Fonasa	
<input type="checkbox"/> Particular	
<input type="checkbox"/> Otro Aclarar	
DIAGNÓSTICO Y BREVE RESUMEN DEL ACCIDENTE	
----- ----- -----	

PARTE 3 RECEPTOR DE PAGO

NOMBRE	RUT
FORMA DE PAGO	
<input type="checkbox"/> Cheque	
<input type="checkbox"/> Abono Banco	NºCUENTA

MONTO RECLAMADO (\$)	
IMPORTANTE	
Para un rápido y correcto reembolso de sus gastos, sírvase considerar lo siguiente:	
1.- Completar esta solicitud por cada reembolso de beneficiario. 2.- En caso de accidente de tránsito, primero deberá hacer uso del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales 3.- Hacer uso del sistema Previsional de Salud previamente, antes de solicitar el reembolso en BCI Seguros 3.1.- Acompañar los originales de los Bonos o Solicitudes de Reembolso de los gastos reclamados 3.2.- En caso de hospitalización acompañar copia de Programa Médico y del detalle de Hospitalización 3.3.- Enviar prefactura emitida por la Institución que otorgó la prestación	
Autorización: Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Cía. de Seguros u otra Organización, a suministrar cualquier información relacionada con la historia clínica del accidente reclamado, su tratamiento o beneficios pagaderos por este reclamo a BCI Seguros de Vida S.A., con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.-	

FECHA

FIRMA ASEGURADO TITULAR