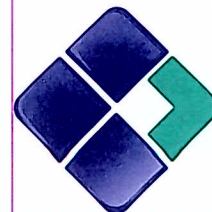


COMPAÑÍA DE
SEGUROS DE VIDA
CRUZ DEL SUR S.A.

Av. El Golf 150, Piso 4. Las Condes, Santiago
Tel: (2) 461 8000, Fax: (2) 461 8334
www.cruzdelsur.cl



➤ Solicitud de Reembolso Médicos

N° SINIESTRO

FECHA INGRESO A CIA. DE SEGUROS

N°

4865001

DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

NOMBRE CONTRATANTE		N° POLIZA	
NOMBRE ASEGURADO		RUT ASEGURADO	
NOMBRE PACIENTE	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO PACIENTE	
COTIZA USTED EN: ☐ ISAPRE ☐ FONASA ☐ INSITUCIONAL ☐ OTROS Indique: _____			
DIAGNOSTICO (EN CASO DE ACCIDENTE, INDIQUE DONDE Y COMO OCURRIO)			CONTINUACION DE TRATAMIENTO SI ☐ NO ☐
FECHA PRIMEROS SINTOMAS	FECHA PRIMER DIAGNOSTICO	FECHA INICIO TRATAMIENTO	MEDICO TRATANTE

INDIQUE N° DE DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

ORDEN DE ATENCION	REEMBOLSOS	BOLETA FARMACIA	RECETAS	OTROS	TOTAL DCTOS.	TOTAL DE GASTO \$
-------------------	------------	-----------------	---------	-------	--------------	----------------------

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y AUTORIZO a todos los médicos o tratantes en general que me examinaron, y a todos los Hospitales, Clínicas, Isapres u otra entidad médica, para suministrar información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) a CIA. DE SEGUROS DE VIDA CRUZ DEL SUR S.A.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 del DS de Hacienda N°863, el asegurado acepta la liquidación directa del siniestro. Dirección Avda. El Golf 150, 4° piso, Las Condes, Santiago, Chile. Fono: 600-2789-787.

Firma Asegurado Titular

DECLARACION MEDICO TRATANTE: Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas, necesarias para permitir a vuestro paciente optar a los beneficios de su Seguro.

NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD		
DIAGNOSTICO (USAR LETRA IMPRENTA CLARA)				
FECHA PRIMEROS SINTOMAS	FECHA DIAGNOSTICO	FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA CONCEPCION (SI ES EMBARAZO)	N° SEMANAS
¿HA CONSULTADO ANTERIORMENTE CON USTED O CON OTROS MEDICOS POR ESTA CAUSA? SI ES ASI, FAVOR DETALLE				
NOMBRE Y ESPECIALIDAD MEDICO TRATANTE		RUT		
FECHA ATENCION	TELEFONO	FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE		