

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO

Fecha: de 2018

Nombre Contratante:	Rut contratante:
Banco del beneficiario:	N° cuenta:
Nombre Beneficiario:	Rut Beneficiario:
E-mail Cliente:	Teléfono:
En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, detallar Banco del Contratante.	

Fecha siniestro:	Fecha salida:
------------------	---------------

Motivo del reembolso: Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

Detalle de información médica obligatoria:			
Identificación documento	N° de documentos	Fecha	Verificación de recepción
Informe médico	-----	-----	<input type="checkbox"/>
Recetas	-----	-----	<input type="checkbox"/>
Exámenes	-----	-----	<input type="checkbox"/>
Indicaciones médicas:	-----	-----	<input type="checkbox"/>

Detalle de los gastos					
	Tipo de gasto	N° Boleta o factura	Fecha	Valor	Moneda
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
Total solicitado				_____	_____
Nota: Toda documentación es exigida en original:					

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------