

## Declaración Médica para Reembolso

Seguro Complementario de Salud Individual



**Estimado médico:**

Para que el paciente pueda beneficiarse de su seguro de salud, le agradecemos completar el siguiente formulario con letra impresa.

### Información del paciente

Nombre completo	RUT
Diagnóstico (en letra impresa)	En caso de embarazo, indicar semanas
Tratamiento (considerar periodo del tratamiento e indicaciones médicas)	
Fecha de diagnóstico	

### Información del médico

Nombre completo	RUT
Especialidad	Fecha de firma

Firma y timbre



**Importante:** En caso de tratamientos prolongados, permanentes o de controles por maternidad, el formulario deberá ser completado por el médico solamente en la oportunidad que éste lo prescriba, constatando el tipo y período aproximado del tratamiento.