

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

i 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.