

## SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

**Contratante: INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE**  
**Seguro Para Deportistas De Alto Rendimiento**  
**POLIZA N° 222102779**

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**RUT Paciente :**

**Relación con el Asegurado (marque con una X) Titular**  **Carga Isapre**

**Primera Atención realizada por este Accidente**  **Continuación de Tratamiento**

**ORIGEN DEL ACCIDENTE (Indique lugar dónde, cómo y por qué ocurrió)**

### DECLARACION MEDICA (Para continuación de tratamiento)

Estimado Dr. ( le agradeceremos completar la siguiente declaración)

**Nombre del Paciente :**

**Diagnostico :**

**Tratamiento Indicado:**

**Nombre del Profesional Médico :** **Especialidad :**

**Fono:** **RUT :**

**Fecha de atención**

**Firma y Timbre del Medico**

**NOTA: ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS EN ORIGINAL QUE ACREDITEN EL O LOS GASTOS INCURRIDOS EN ESTE ACCIDENTE, PARA SU REEMBOLSO**

<b>Total Gastos \$</b>		<b>Total monto bonificado Isapre/Fonasa \$</b>	
<b>N° de documentos presentados</b>		<b>Total \$ gastos presentados (de cargo del Asegurado)</b>	

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los Médicos o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los Hospitales o cualesquiera otras Instituciones que suministren información adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este reclamo a **COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A.**

**IMPORTANTE:** TODOS LOS COMPROBANTES QUE RESPALDAN LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE ACCIDENTE, DEBEN SER ENVIADOS ESCANEADOS A LOS SIGUIENTES CORREOS: PILAR\_GUTIERREZ@BECKETT.CL FRANCISCO\_NARANJO@BECKETT.CL KATHERYNE\_PARRA@BECKETT.CL, EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 180 DIAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, EN ORIGINAL, PREVIAMENTE BONIFICADOS POR SU SISTEMA DE SALUD. (ISAPRE / FONASA)

**COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONTINENTAL S.A.,** SOLO SERÁ RESPONSABLE HASTA LA CONCURRENCIA DE LOS MONTOS CUBIERTOS POR EL SEGURO.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, RUT Y FIRMA ENCARGADO RESPONSABLE**

**Contratante: INSTITUTO NACIONAL DE DEPORTES DE CHILE**

**Firma del Asegurado TITULAR**

**Fecha:** \_\_\_\_\_