

Solicitud de Reembolsos en el Extranjero

Isapre :		
Agencia :		
Nombre del Cotizante		
RUT del Cotizante		
Nombre Beneficiario		
Dirección:		
Teléfono:		
Correo Electrónico cotizante:		
Fecha Inicio Viaje		
Fecha de Atención		
Lugar de Atención	País:	Ciudad:
Establecimiento Atención		
Causal de Prestación	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente
Diagnóstico		
Tipo de Prestación	<input type="checkbox"/> Ambulatoria	<input type="checkbox"/> Hospitalaria
Prestación Realizada		
Monto Prestación		
Tipo de Moneda		
Datos cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Carga
Nombre del titular cuenta		
RUT del titular cuenta		
Tipo cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Otra
Nº cuenta		
Nombre Banco		

Documentos Adjuntos	<input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante <input type="checkbox"/> Ficha Clínica <input type="checkbox"/> Declaración de Accidente <input type="checkbox"/> Detalle de Cargo o Factura <input type="checkbox"/> Otros
Observaciones	
Fecha de Recepción	
Fecha Probable Pago	

Firma y Rut
Afiliado/Beneficiario