



SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

Para colegiados(as) excluidos(as) del Seguro de Salud Complementario

(Completar con letra imprenta)

Fecha :	Día	Mes	Año	Regional:		Código:	
---------	-----	-----	-----	-----------	--	---------	--

1. ANTECEDENTES PERSONALES COLEGIADO				
Nombre completo:				
RUT:		Nº Colegiatura :		
Teléfono fijo:		Teléfono móvil :		
Dirección particular:				
Comuna:		Región:		
Fecha nacimiento:		Banco de abono:		
Número de cuenta:		Tipo de cuenta:	Cta.Cte.	Vista Ahorro
Correo electrónico:				

- Adjuntar todas las recetas que dan origen a la compra de medicamentos.
- Adjuntar fotocopias gastos médicos y boletas de compra de medicamentos.

CHILE

FIRMA SOLICITANTE

Nota: La solicitud de reembolso de gastos médicos tiene un tope máximo anual de \$71.000 para el año 2016.

USO EXCLUSIVO COLEGIO						
Aceptado:		Rechazado:		Fecha:	Día	Mes Año
Observaciones:						
_____			_____			
Vº Bº DAS			VºBº PRESIDENCIA D.A.S.			
_____			_____			
VºBº Gerencia			VºBº Tesorería			