BICE VIDA

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 imprenta.

Información del paciente

Nombre completo

RUT

Diagnóstico (en letra imprenta)

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.