

SOLICITUD DENUNCIA DE SINIESTRO POR ACCIDENTE

Nombres y Apellidos del paciente		
<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	R.U.T	Nº Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

1. Favor consignar naturaleza y causal del accidente:

2. Detallar métodos, diagnósticos empleados (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, biopsia, otros).

ADJUNTE COPIA DE LOS EXAMENES DIAGNOSTICO Y/O CONTROL REALIZADOS
Si el formulario se presenta incompleto será devuelto

Nombre del Médico _____

Inscripción Numero Colegio _____

Fecha del Informe _____

_____ Firma del Médico(SELLO)