

Solicitud de Reembolsos en el Extranjero

Agencia							
Nombre del Cotizante							
Rut del Cotizante							
Nombre del Beneficiario							
Teléfono							
Correo electrónico del cotizante							
Fecha de inicio de Viaje							
Fecha y hora estimada de activación de la asistencia							
Fecha de atención							
Lugar de atención	País:	Ciudad:					
Nombre de Establecimiento de 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 de Prestación							
Tipo de Moneda							
DATOS DE LA CUENTA DEL TITULAR DE LA ISAPRE							
Nombre del Banco							
Tipo cuenta	<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Otra				
Número de la cuenta							
Documentos Adjuntos	<input type="checkbox"/> Informe Médico Tratante	<input type="checkbox"/> Ficha Clínica	<input type="checkbox"/> Declaración de accidentes	<input type="checkbox"/> Detalle Prestaciones	<input type="checkbox"/> Boleta y Factura	<input type="checkbox"/> Comprobante de pago o Voucher	<input type="checkbox"/> Otros
Observaciones							

Nota:

- La Vigencia de cobertura del servicio son 120 días, contados desde la fecha de salida de Chile
- Toda documentación es exigida en original: Para gastos médicos, se requiere: Reporte médico, boletas o facturas originales.
- Enviar formulario a las casilla Vida Tres: rextranjero@vidatres.cl

FIRMA Y RUT
 AFILIADO / BENEFICIARIO