



Servicio de Bienestar del Personal de Kaufmann

Solicitud de Reembolsos "Gastos Médicos" Beneficios Complementarios de Salud

Datos del Socio

Nombre Socio Titular (*):

RUT Socio Titular (*):

Correo - Celular

Cotiza en:

Isapre

Fonasa

Otros

Indique

Detalle de Documentos Enviados

Bonos	Boletas	Reembolsos
Total copago		\$

Firma Socio Titular(*)

Declaración Médico Tratante(*):

Nombre Paciente:

Edad:

Diagnóstico:

Tratamiento indicado:

Médico Tratante:

RUT:

Especialidad:

Firma y Timbre Médico Tratante

Declaración y Observación Contralor Médico

(Uso interno, no completar)

Firma Contralor Médico

Los campos marcados con (*) son obligatorios