



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN BENEFICIO PARA ENFERMEDADES
CATASTROFICAS BIENESTAR IMV

FUNCIONARIO RECEPTOR: _____ FECHA SOLICITUD: _____

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado: _____ RUT: _____

Nombre del Beneficiario: _____ RUT: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Teléfono de Contacto: _____

Diagnóstico Enfermedad Catastrófica: _____

Documentos Adjuntos: _____

Tratamiento a seguir: _____

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

Institución: _____

Hospitalizado: Si _____ No _____ Desde: _____ Hasta: _____

Institución: _____

IMPORTANTE: El Servicio de Bienestar, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese la documentación requerida en el Reglamento de Beneficio Catastrófico del Servicio de Bienestar, sin embargo cubrirá los gastos relacionados a la enfermedad catastrófica desde su diagnóstico, siempre y cuando los documentos no hayan sido presentado previamente para reembolso.

NOMBRE Y FIRMA
Médico Tratante

Tomé Conocimiento

Nombre:

RUT:

Firma:

Nombre y Firma
Funcionario Responsable Servicio Bienestar