

## Solicitud de Reintegro

Beneficiario: \_\_\_\_\_ N° de Voucher: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

País de siniestro: \_\_\_\_\_ Fecha de siniestro: \_\_/\_\_/\_\_ Fecha de presentación: \_\_/\_\_/\_\_

CONCEPTO	DETALLE DE COMPROBANTES ADJUNTOS		
	CANTIDAD DE COMPROBANTES	MONEDA	IMPORTE
COMUNICACIONES			
CONSULTAS MÉDICAS			
MEDICAMENTOS			
ROTURA DE EQUIPAJE			
PÉRDIDA DE EQUIPAJE			
CANCELACIÓN DE VIAJE			
OTROS			
TOTALES			

Observaciones: \_\_\_\_\_

## Forma de pago

Marque con una cruz la forma de pago en la que desea que se efectúe el reintegro

- Cheque (*Montos inferiores a USD 500,00. Se entrega de manera personal al beneficiario en Santiago de Chile, fecha a combinar con assist-med Chile.*)
- Transferencia/depósito bancario.

### Indicar:

Titular: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_

N° de cuenta: \_\_\_\_\_