

## 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		
<b>DATOS DE LA CUENTA DEL TITULAR DE LA ISAPRE</b>		
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 Banmédica: [rextranjero@banmedica.cl](mailto:rextranjero@banmedica.cl)

---

Firma y Rut  
Afiliado/Beneficiario