

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN

PARA ACCIDENTES EN ACTO DE SERVICIOS

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO			
Nombre completo			
Cédula de identidad		C.M.C. N°	
Fecha nacimiento		Teléfono	
Dirección actual			
Comuna		Ciudad	
Repartición		Fecha del accidente	
Correo electrónico			
Diagnostico			

DATOS CUENTA BANCARIA			
Nombre completo			
Banco		Tipo de cuenta	
N° de cuenta			

Adjuntar en forma obligatoria:

- Dictamen o resolución.
- Ultima liquidación de pago.

NOTA: En los casos en que la resolución o dictamen no indique el diagnostico especifico, se debe solicitar la rectificación de dicho documento.

Nombre, Firma y timbre

Ejecutivo de Atención

Firma Solicitante

Ciudad,

