

DECLARACIÓN DE DOCUMENTOS

DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO

FECHA: ____/____/____

Empresa: _____ Sucursal: _____

Nombre de Titular: _____ R.U.T Titular: _____

Nombre Beneficiario: _____ N° FOLIO RECEPCIÓN: _____

Marque Tipo de Prestación:

	Hospitalización
	Parto

	Cirugía Ambulatoria
	Cirugía Óptica

	Procedimientos
	Atención de Urgencia

PARTO: si prestación es Parto, indique si incluirá gastos del recién nacido	SI	NO	
			FIRMA

Por este medio declaro que los documentos presentados a SERMECOOP junto al folio de recepción indicado, corresponden a los gastos efectivamente realizados por concepto de la prestación señalada y no existen boletas por diferencias (insumos o fármacos, honorarios médicos, pabellón, etc), por lo que no tendré reembolsos posteriores en relación a esta misma prestación.

En caso de prestación Parto, al declarar no incluir gastos del recién nacido en este documento, no podrá enviarlos en forma posterior.

NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	FIRMA
PERSONA QUE FIRMA	PERSONA QUE FIRMA	

Pueden firmar este documento el titular o cualquiera de sus cargas; si requiere que sea firmado por un tercero, deberá adjuntar fotocopia del RUT y poder simple.

Nota Importante: La firma del presente documento no lo exime de entregar toda la documentación necesaria para poder hacer la cuadratura de la cuenta presentada. Si falta algún documento para cuadrar, los documentos serán devueltos solicitando lo faltante.