**FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN**

**PARA ACCIDENTES EN ACTO DE SERVICIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO** | | | |
| **Nombre completo** |  | | |
| **Cédula de identidad** |  | **C.M.C. Nº** |  |
| **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.

|  |
| --- |
| Firma y Rut Solicitante |
|  |

|  |
| --- |
| Nombre, Firma y timbre  Ejecutivo de Atención |

Santiago, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultima actualización: julio 2024