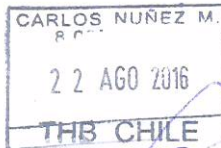




EuroAmerica
mundo financiero



SOLICITUD REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

USO DE LA COMPAÑIA

F.V. Pol	/	/
F.V. TIT	/	/
F.V. Dep	/	/

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL

POLIZA N°

N° DE SOLICITUD

Ab. Dr. Felipe Serrano Salas

SECCION A.-DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

Stephania Meneses Nunez

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE 1° SINTOMA O ACCIDENTE

Geraldine Morales Meneses

/ /

SINTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MEDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

DIAGNOSTICO

\$ 25.410

FECHA 22/08/16

N° DE DOCUMENTOS ANEXOS

07

FIRMA DEL ASEGURADO

N° DE LIQUIDACION ANTERIOR

SECCION B.-DECLARACION MEDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA ATENCION

Geraldine Morales Meneses

8/8/16

DIAGNOSTICO

FECHA DIAGNOSTICO

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO

18v - cesarea

8/8/16

N° SEMANAS

FUR

TRATAMIENTO INDICADO

Ceftriaxona 1000mg 2x24h, Naproxeno 500mg 1x24h, Valium 10mg 1x24h

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

Luis Moyano Merino

ESPECIALIDAD

RUT

TELEFONO

M. G.M.

14739778-K

91424951

DR. LUIS MOYANO MERINO
MEDICINA GENERAL
RUT: 14.739.778-K
FIRMA DEL PROFESIONAL

USO DE LA COMPAÑIA

FECHA CONTRALORIA

MONTO APROBADO

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella la información solicitada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A., a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a EuroAmerica Seguros de Vida S.A., para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía aseguradora para todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.

Reservación

CARLOS NUÑEZ M.
8.087.649 - 1
22 AGO 2016
THB CHILE



EuroAmerica
mundo financiero

SOLICITUD REEMBOLSO
GASTOS MEDICOS

USO DE LA COMPAÑIA

F.V. Pol	/	/
F.V. TIT	/	/
F.V. Dep	/	/

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL

Ab. Ar. Felipe Senaro Soler

POLIZA N°

N° DE SOLICITUD

SECCION A.-DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

Estephania Menares Nuñez

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL PACIENTE

Estephania Menares Nuñez

FECHA DE 1° SINTOMA O ACCIDENTE

/ /

SINTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MEDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

DIAGNOSTICO

\$ 20.662

FECHA 22/08/16

N° DE DOCUMENTOS ANEXOS

05

FIRMA DEL ASEGURADO

N° DE LIQUIDACION ANTERIOR

SECCION B.-DECLARACION MEDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.

NOMBRE DEL PACIENTE

ESTEPHANIA MENARES NUÑEZ

FECHA ATENCION

05/08/16

DIAGNOSTICO

Anemia ferropniva

FECHA DIAGNOSTICO

04/08/16

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO

N° SEMANAS

FUR

TRATAMIENTO INDICADO

Ferronem 1 al día por 3 meses / Supradyn 1 al día por 3 meses

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

Rodrigo Toranzo Nuñez

ESPECIALIDAD

Ginecología

RUT

12694543-4

TELEFONO

223521571

FIRMA DEL PROFESIONAL

USO DE LA COMPAÑIA

FECHA CONTRALORIA

MONTO APROBADO

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella información solicitada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A., a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. A su vez facilito a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente