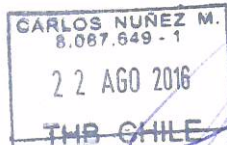




EuroAmerica
mundo financiero



SOLICITUD REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

Recepción

USO DE LA COMPAÑIA

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

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL

Ab. Ad. Felipe Sarmiento Solar

POLIZA Nº

Nº DE SOLICITUD

SECCION A.-DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

Estefanía Menares Núñez

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL PACIENTE

Estefanía Menares Núñez

FECHA DE 1º SINTOMA O ACCIDENTE

/ /

SINTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MEDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

\$ 98.237

FECHA 22/08/16

Nº DE DOCUMENTOS ANEXOS

05

FIRMA DEL ASEGURADO

Nº DE LIQUIDACION ANTERIOR

SECCION B.-DECLARACION MEDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.

NOMBRE DEL PACIENTE

Estefanía Menares Núñez

FECHA ATENCION

10 / 8 / 16

DIAGNOSTICO

Astigmatismo miópico simple

FECHA DIAGNOSTICO

10 / 8 / 16

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO

Nº SEMANAS

FUR

TRATAMIENTO INDICADO

Corrección optica con lentes.

PAT.

PATRICIA MÁRQUEZ VIVANCO
T.M. Oftalmología
y Optometría
Rut.: 15.725.045-0

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

Patricia Márquez Vivanco

ESPECIALIDAD

RUT

TELEFONO

Medico oftalmólogo

15.725.045-0

959684325

FIRMA DEL PROFESIONAL

USO DE LA COMPAÑIA

FECHA CONTRALORIA

MONTO APROBADO

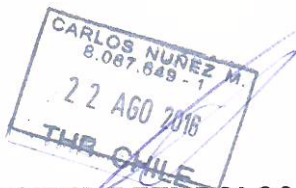
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella la información solicitada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A., a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de 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 Nº 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.

Recepcion



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-AD Felipe Senara Solon

SECCION A.-DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

Estephania Menares Nuñez

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE 1° SINTOMA O ACCIDENTE

Estephania Menares Nuñez

SINTOMAS QUE ORIGINAN VISITA MEDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

TOTAL GASTOS PRESENTADOS

DIAGNOSTICO

\$ 4020

FECHA 12/08/16

N° DE DOCUMENTOS ANEXOS

04

FIRMA DEL ASEGURADO

N° DE LIQUIDACION ANTERIOR

SECCION B.-DECLARACION MEDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA ATENCION

ESTEPHANIA MENARES NUÑEZ

18 07 16

DIAGNOSTICO

FECHA DIAGNOSTICO

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO

Metformina en estudio - Endometrial

21 06 16

N° SEMANAS

FUR

TRATAMIENTO INDICADO

Exámenes generales en sangre y orina preoperatorios legajo 12150

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

Pablo Toran Nuñez

ESPECIALIDAD

RUT

TELEFONO

Ginecología

12694543-4

223521569

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 corresponda de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente