

Solicitud Reembolsos Gastos Médicos



EuroAmerica

Recuerda que en www.euroamerica.cl puedes acceder a tus liquidaciones, solicitar pago de reembolso en cuenta corriente o cuenta vista y/o actualizar datos.

SECCIÓN A. - DECLARACIÓN DEL ASEGURADO			
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL		PÓLIZA N°	FECHA DE SOLICITUD / /
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		RUT DEL ASEGURADO TITULAR	
NOMBRE DEL PACIENTE		¿QUÉ PREVISIÓN TIENE? INDIQUE CUAL <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE	
RELACIÓN CON EL TITULAR <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTROS		FECHA DE 1° SINTOMA O ACCIDENTE / /	
SÍNTOMAS QUE ORIGINAN VISITA AL MÉDICO / POR ACCIDENTE INDICAR LUGAR			
EN CASO DE CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO INDICAR DIAGNÓSTICO Y/O N° DE LIQUIDACIÓN ANTERIOR		TOTAL GASTOS PRESENTADOS	FIRMA ASEGURADO
		N° DE DOCUMENTOS ANEXOS	

SECCIÓN B. - DECLARACIÓN MÉDICA			
Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.			
NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA ATENCIÓN
DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO / /	PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO N° DE SEMANAS FUR	
TRATAMIENTO INDICADO			FIRMA PROFESIONAL
NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO			
ESPECIALIDAD	RUT	TELÉFONO	

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 faculto a esta última para que lo solicite o retire las 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 mismo fines.

- 1 Conforme a lo señalado en el DS 1055, Informamos a Ud. que la liquidación de este siniestro será practicada directamente por EuroAmerica.
- 2 De no requerirse mayores antecedentes, la compañía dispondrá el pago del siniestro en un plazo de 3 días hábiles, hasta un máximo de 10 días hábiles.
- 3 A usted, le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, en lugar de la liquidación directa por parte de esta Compañía aseguradora. En tal caso, deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 (cinco) días contados a partir de la fecha de esta denuncia.
- 4 Si así lo hiciera, una vez recibida la notificación de oposición a la liquidación directa, la Compañía notificará en los dos (2) siguientes días, el nombre del liquidador asignado para el caso.
- 5 Hacemos presente, que el liquidador designado tiene el derecho a rechazar el nombramiento dentro de tres (3) días siguientes a su designación, en cuyo caso deberá designarse un nuevo liquidador conforme a los plazos señalados en el punto(3), en caso que este también se opusiese, se vuelve a presentar otro liquidador y así sucesivamente hasta que se produzca la aceptación de algunos de los designados.
- 6 El plazo máximo legal para emitir el informe de liquidación es de 45 días. Salvo que razones justificadas pudiesen llevar a solicitar una prórroga a dicho plazo.
- 7 Finalmente, informamos que una vez recibido el informe de liquidación, Ud. tiene el derecho a impugnarlo en un plazo de 10 días.

USO DE LA COMPAÑÍA	F.V. POL / /	F.V. TIT / /	F.V. DEP / /
--------------------	-----------------	-----------------	-----------------