



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

SECCION A.-DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL PACIENTE

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

\$

FECHA

N° DE LIQUIDACION ANTERIOR

N° DE DOCUMENTOS ANEXOS

FIRMA DEL ASEGURADO

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto irrevocablemente a EuroAmerica Seguros de Vida S.A., para que requiera o solicite toda información sobre mis antecedentes patológico o los de mis dependientes. Asimismo, autorizo a los médicos y/o instituciones para que suministren a la Compañía la información completa o copias de sus archivos, a objeto de analizar esta solicitud.

SECCION B.-DECLARACION MEDICA

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar estos antecedentes.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA ATENCION

DIAGNOSTICO

FECHA DIAGNOSTICO

PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO

TRATAMIENTO INDICADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO

ESPECIALIDAD

RUT

TELEFONO

FIRMA DEL PROFESIONAL

USO DE LA COMPAÑIA

FECHA CONTRALORIA

MONTO APROBADO