



EuroAmerica
mundo financiero

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

USO EUROAMERICA
FECHA RECEPCION
CODIGO SUCURSAL
FOLIO N°

DECLARACION DEL ASEGURADO

N° POLIZA		NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL		V.I.	
R.U.T. ASEGURADO TITULAR		NOMBRE ASEGURADO - TITULAR		V.I.	
SUBITEM	RELACION CON EL TITULAR EL MISMO <input type="checkbox"/> HIJO(A) <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PACIENTE		V.I.	
SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MEDICO					
FECHA PRIMEROS SINTOMAS		CONTINUACION DE TRATAMIENTO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		EN CASO DE CONTINUACION DE TRATAMIENTO, INDICAR N° DE LIQUIDACION ANTERIOR N° _____	
EN CASO DE ACCIDENTE, INDICAR CAUSAS					
FECHA ACCIDENTE		LUGAR DONDE OCURRIO ACCIDENTE			
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto a EuroAmerica Seguros de Vida S.A., para que requiera o solicite toda la información sobre mis antecedentes patológicos o los de mi(s) dependientes, como también a los médicos y/o instituciones para que suministren a EuroAmerica la información completa o copias de sus archivos, a objeto de analizar esta reclamación.					
N° DOCUMENTOS	TOTAL GASTOS SALUD	TOTAL BONIFICACION ISAPRE	DIFERENCIA RECLAMADA	FECHA RECLAMO	FIRMA DEL ASEGURADO

DECLARACION MEDICA

ESTIMADO DOCTOR: Para permitir a vuestro paciente aprovechar los beneficios del Seguro de Salud, solicitamos completar los siguientes antecedentes.					
NOMBRE DEL PACIENTE				EDAD	
¿EMBARAZO? SI NO	FECHA INICIO EMBARAZO	NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESION		FECHA PRIMERA CONSULTA	
DIAGNOSTICO ACTUAL				FECHA DIAGNOSTICO	
TRATAMIENTO INDICADO					
OBSERVACIONES					
R.U.T. MEDICO		NOMBRE MEDICO			
ESPECIALIDAD		TELEFONO	FECHA ATENCION	FIRMA	

CERTIFICACION DEL CONTRATANTE

FECHA DE DESPACHO	TIMBRE Y/O FIRMA
-------------------	------------------