

RECIBO DE DINERO

La Corporación Casa del Cerro, a través del Proyecto Residencia para Lactantes y Pre - Escolares Hogar Casa Catalina, domiciliado en Calle Doctor Sierra 4068 Quinta Normal, recibe de parte de don Jean – Jaques Duhart Saurel, rut: 8.464.851 – 5, la donación de \$192.890 (ciento noventa y dos mil ochocientos noventa pesos) correspondientes al mes de Noviembre.

Atte.



Corporación
Casa del Cerro
Residencia de Lactantes y Preescolares
Hogar Casa Catalina

Paz Rey Ramírez
DIRECTORA
Hogar Casa Catalina

Santiago, 30 de Noviembre 2009.



Tricahue

Santiago, 30 de noviembre de 2009

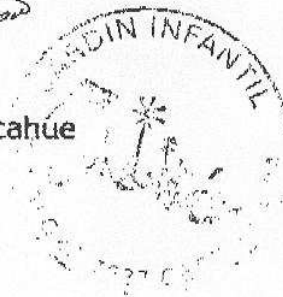
COMPROBANTE DE RECIBO

La Corporación Educacional Tricahue entidad sin fines de lucro, rut 65.314.410-5 y que funciona a través del Jardín infantil "Comunidad de niños/as Andalué" ubicado en Fanalozza 7237 Comuna de Cerro Navia, extiende el presente comprobante de recibo de dinero por parte del Señor Jean-Jacques Duhart Saurel rut: 8.464.851-5, subsecretario de Economía, Fomento y Reconstrucción.
La donación recibida por un monto de \$ 192.890, ciento noventa y dos mil ochocientos noventa pesos.

Paulina Villarroel

Directora

Corporación Educacional Tricahue



Fono Jardín: 780.7212



SEGUROS DE VIDA



50975346

SOLICITUD DE REEMBOLSO
SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD
FORMATO INTERNET

PARA LLENAR CORRECTAMENTE ESTA SOLICITUD, AGRADECEREMOS LEER DETALLADAMENTE LAS INSTRUCCIONES

(ESTA SECCION DEBE SER LLENADA POR EL ASEGURADO TITULAR)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR

DUHART APELLIDO PATERNO	SAUREL APELLIDO MATERNO	JEAN JACQUES NOMBRES
POLIZA N°	R.U.T.: 8464851-5	ISAPRE

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Duhart APELLIDO PATERNO	Vera APELLIDO MATERNO	Daniel Paz NOMBRES
PARENTESCO: Hijo	R.U.T.: 16609044-1	FECHA DE NACIMIENTO: 30/04/1988
CONTINUACION DE TRATAMIENTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO, INDIQUE DIAGNOSTICO:		

III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO

(FAVOR ADJUNTAR LOS ORIGINALES QUE ACREDITEN EL O LOS GASTOS INCURRIDOS POR ESTA DOLENCIA)

N° DOCUMENTOS PRESENTADOS	TOTAL GASTOS PRESENTADOS (DE CARGO DEL ASEGURADO) \$
---------------------------	---

IV. INFORME MEDICO TRATANTE (NO LLENAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO)

1.- DIAGNOSTICO: EVALUACION PSICOLOGICA

2.- ¿CUANDO CONSULTO EL PACIENTE POR PRIMERA VEZ SOBRE ESTE DIAGNOSTICO? 30/10/2009

3.- FECHA DE MANIFESTACION DE LOS PRIMEROS SINTOMAS: [][][][][][]

4.A- ¿HA SIDO EL PACIENTE DERIVADO DE OTRO MEDICO? SI NO

4.B- NOMBRE Y ESPECIALIDAD DEL MEDICO QUE LO DERIVO: []

5.- TRATAMIENTO: []

6.- SI ES EMBARAZO INDIQUE: NUMERO DE SEMANAS [][] F.U.R. [][][][][]

NOMBRE DEL MEDICO: Francisco Jenschke

ESPECIALIDAD: Psicologo TELEFONO: 2432392 R.U.T.: 77620311-11

FECHA DE SOLICITUD: [][][][][][]

[Firma]
FIRMA Y TIMBRE MEDICO

POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODO HOSPITAL, CLINICA, MEDICO U OTRO PROFESIONAL QUE NOS HAYA PRESTADO SERVICIO A MI O A CUALQUIER INTEGRANTE DE MI GRUPO FAMILIAR, A PONER A DISPOSICION DE ING SEGUROS DE VIDA S.A. O DE SUS REPRESENTANTES DEBIDAMENTE ACREDITADOS, TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON LAS PRESTACIONES QUE MOTIVAN ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO CONFORME LO DISPONE LA LEY N°19.628 Y EL ARTICULO 127 DEL CODIGO SANITARIO.

FECHA: _____ FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR: _____ NOMBRE Y TIMBRE EMPRESA: _____