

SECCIÓN A. - DECLARACIÓN DEL ASEGURADO			
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL		N° PÓLIZA	FECHA DE SOLICITUD / /
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		RUT	EMAIL
NOMBRE DEL PACIENTE			EDAD
N° DOCUMENTOS	TOTAL GASTOS	TOTAL BONIFICACIÓN ISAPRE	FECHA RECLAMO
¿QUÉ PREVISIÓN TIENE?	Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualquiera otra persona que me haya examinado, y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministre información completa o copia de sus archivos en relación con este reclamo a contraloría dental de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.		FIRMA ASEGURADO
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE			
INDICAR CÚAL			

DECLARACIÓN MÉDICA		
DR. PARA QUE EL PACIENTE PUEDA UTILIZAR EL BENEFICIO DENTAL, AGRADECEMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:		
NOMBRE DEL PROFESIONAL MÉDICO	RUT	TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	CONVENIO RED RENTAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PRESTACIONES	PIEZA N°	FECHA EJECUCIÓN / /	VALOR UNITARIO	TOTAL
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
GASTOS LABORATORIO (Tratamientos prolongados completar según instrucciones al reverso)				\$

ORTODONCIA		
TIPO DE APARATOS	FECHA DE INSTALACIÓN / /	FECHA PRIMER CONTROL / /
DURACIÓN TOTAL APRÓX	VALORES CLÍNICOS APARATOS	CONTROLES MENSUALES
COMENTARIO ODONTÓLOGICO	FIRMA	
_____ _____ _____		

OBSERVACIONES EXÁMEN CONTROLARÍA DENTAL		
_____ _____ _____ _____	FECHA CONTROLARÍA / /	MONTO APROBADO Y VÁLIDO
	CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE	FIRMA Y/O TIMBRE
	FECHA DE DESPACHO	

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

Declaración del Asegurado

- N° de Póliza.
- Nombre o Razón Social Empresa.
- RUT y Nombre del Asegurado Titular.
- Nombre y Edad de Paciente.
- Detalle de documentación enviada.
- Firma Asegurado titular.

Declaración Médica:

Estimado Dr:

Con el objeto que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, es de suma importancia que complete usted de su puño y letra, el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

- Identificación.
- Describa el tipo de prestaciones, material y cantidad.
- Identifique el número de las piezas dentarias tratadas.
- En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación y Disfunción, indique los valores Clínicos unitarios, por ejemplo: Valor de aparatos, Valor de cada control mensual, Valor de planos de relajación, Coronas provisorias, Costo de laboratorio, etc.

Indique fecha de ejecución de las prestaciones, por ejemplo: Instalación, Primer Control, Cementación, etc.

En caso de alguna duda comuníquese al teléfono 600 582 3000

Certificación del Contratante

- Fecha de despacho
- Firma empleador

1. Conforme a lo señalado en el DS 1055, Informamos a Ud. que la liquidación de este siniestro será practicada directamente por Chilena Consolidada.
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.