



## Solicitud de Cobertura Dental

### Declaración del Asegurado

N° Póliza		Nombre de la Empresa o Razón Social			
Rut Asegurado Titular		Nombre Asegurado Titular			
Uso Compañía Subitem		Nombre del Paciente		Edad	
N° Documentos	Total Gastos	Total bonificación Isapre	Diferencia Reclamada	Fecha Reclamo	Firma Asegurado Titular
	\$	\$	\$	/ /	

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualesquiera otra persona que me haya examinado, y a todos los hospitales o cualesquiera otra institución para que suministre información completa o copia de sus archivos en relación con este reclamo o contraloría dental de ZURICH CHILE.

### Declaración Médica

Dr. para que el paciente pueda hacer uso del beneficio dental, agradecemos aportar los siguientes antecedentes:

Rut	Profesional		
Dirección	Ciudad	Teléfono	
Convenio Redental		Interes por establecer convenio	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Prestaciones	Pieza N°	Fecha de ejecución			Valor Unitario	Total \$
		Día	Mes	Año		
		/	/			
		/	/			
		/	/			
		/	/			
		/	/			
		/	/			
Gastos Laboratorio		/	/			
Tratamientos prolongados completar según instrucciones al reverso					<b>Total \$</b>	

### Ortodoncia

Tipo de Aparatos	Fecha de Instalación	Fecha Primer Control
Duración Total apróx.	Valores Clínicos: Aparatos	Controles Mensuales
Comentario Odontólogo		Firma



## Solicitud de Cobertura Dental

Observaciones Examen Contraloría Dental	Fecha Contraloría	Monto Aprobado y Válido
	/ /	
	<b>Certificación del Contratante</b>	
	Fecha de Despacho	Timbre y/o Firma
	/ /	

Según lo señalado en el Decreto Supremo 1055, en caso de requerirse mayores antecedentes, la liquidación del Siniestro será practicada directamente por Zurich Chile Seguros de Vida S.A.

## 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 provisionarias, 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 **600 600 9090**

### Certificación del Contratante

- Fecha de despacho
- Firma empleador