



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"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<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					Total \$	

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
	/ /	
	Certificación del Contratante	
	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