



➤ **Solicitud de Reembolso y Presupuesto Dental**

N° SINIESTRO	FECHA INGRESO
--------------	---------------

N° I38858

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE		RUT
NOMBRE ASEGURADO TITULAR		RUT
CORREO ELECTRONICO ASEGURADO TITULAR		
NOMBRE PACIENTE	EDAD	RUT

Rechazo el envío de las comunicaciones vía correo electrónico

1. En caso de no informar correo electrónico o de rechazar las comunicaciones a través de esta vía, éstas se realizarán vía carta certificada al domicilio indicado en su póliza.

2. De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo N° 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el Asegurado o Beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la Compañía de Seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo. Una vez designado el liquidador, dejan de tener efecto los plazos de liquidación estipulados en las condiciones de la póliza.

3. Para hacer seguimiento a este caso, debe contactarse con la Compañía de Seguros al correo electrónico "serviciocliente@cruzdelsur.cl" indicando su número de solicitud.

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los odontólogos, profesionales de la salud, clínicas, centros médicos, hospitales, isapres u otra institución para suministrar información (adjuntando copias completas de sus archivos) a Cía. de Seguros de Vida Cruz del Sur S.A.

FIRMA ASEGURADO TITULAR

PROFESIONAL	RUT	
DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO
CONVENIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INTERES POR ESTABLECER CONVENIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DETALLES DEL PRESUPUESTO

FECHA DE LA ATENCION	ITEM PRESTACIONES CLINICAS (Use como referencia Item del Rol de Colegio de Dentistas)	N° PIEZA DENTARIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ADJUNTE RX DIAGNOSTICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° DE DOCUMENTOS		VALOR TOTAL	
COMENTARIOS PROFESIONAL TRATANTE			FIRMA DEL PROFESIONAL TRATANTE	

TRATAMIENTOS PROLONGADOS (Ortodoncia, Disfunción y Rehabilitación)

TIPOS DE APARATOS	FECHA INSTALACION	FECHA 1er CONTROL
DURACION APROXIMADA DEL TRATAMIENTO	VALOR CLINICO DE APARATOS	VALOR CONTROL MENSUAL
OBSERVACIONES DEL ODONTOLOGO		

USO EXCLUSIVO CONTRALORIA COMPAÑIA ASEGURADORA

OBSERVACIONES ODONTOLOGO CONTRALOR		
FECHA ENVIO		V° B° CONTRALORIA DENTAL
FECHA RECEPCION		

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO**DECLARACION DEL ASEGURADO**

- Fecha de llenado del formulario.
- Nombre o razón social de empresa.
- N° Póliza.
- Nombre y RUT del asegurado titular.
- Nombre y RUT del paciente.
- RUT asegurado y fecha del llenado del formulario.
- Firma del asegurado.

DATOS A LLENAR POR EL ODONTOLOGO

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

- Identificación.
- Describa el tipo de prestaciones, material y cantidad.
- Indique N° de piezas dentarias tratadas.
- En tratamientos prolongados como ortodoncia, disfunción y rehabilitación, indique valores clínicos unitarios, ej. Valor de aparatos, valor de cada control mensual, valor de planos de relajación, coronas provisorias, costo laboratorio, etc.
- Indique fecha de ejecución de las prestaciones, ej. Instalación, primer control, cementación, etc.

NOTAS:

Adjuntar radiografías de inicio y término de tratamiento (detalle cantidad).
 En tratamientos prolongados se reembolsará el valor de la instalación, los controles se reembolsarán después de realizados.
 En caso de realizar modificaciones a solicitud de reembolso, utilice otro formulario.